

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Freien Universität Berlin
Direktor: Professor Dr. med. Walter Krauland

Verkannte Notfälle mit tödlichem Ausgang
Eine Untersuchung an gerichtlichen Obduktionen
des Instituts für Rechtsmedizin der
Freien Universität Berlin der Jahre 1970 bis 1975

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den
Medizinischen Fachbereichen der
Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Norbert J. Koeller
aus Rietberg

1978

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Freien Universität Berlin
Direktor: Professor Dr. med. Walter Krauland

VERKANNTÉ NOTFÄLLE MIT TÖDLICHEM AUSGANG

Eine Untersuchung an gerichtlichen Obduktionen
des Instituts für Rechtsmedizin der
Freien Universität Berlin der Jahre 1970 bis 1975



Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Norbert J. Koeller
aus Rietberg

Referent:

Prof. Dr. med. Friedrich Bschor

Koreferent:

Prof. Dr. med. S. Blümcke



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

7
Promoviert am: 6. April 1978

INHALTSÜBERSICHT

	<u>Seite</u>
I. EINLEITUNG	5
II. RECHTLICHE GRUNDLAGEN	7
1. Unterlassene Hilfeleistung	8
2. Fahrlässige Tötung	10
3. Ärztliche Behandlungspflicht	12
4. Haft- bzw. Verwahrfähigkeit	13
III. MATERIAL UND METHODE	16
1. Übersicht: Die Obduktionen des Instituts	16
2. Die Ermittlungsakten und Untersuchungskriterien	17
3. Liste der ausgewerteten Fälle	18
IV. KASUISTIK	28
1. Plötzlicher Tod im Säuglings- und Kleinkindesalter	28
2. Herzerkrankungen	32
3. Lungenerkrankungen	35
4. Abdominalerkrankungen	40
5. Intrakranielle Blutungen	42
6. Stoffwechselstörungen	43
7. Infektionskrankheiten	44
8. Hals-, Nasen-, Ohrenerkrankungen	46
9. Sonstige Fälle	48
V. DISKUSSION	50
VI. ZUSAMMENFASSUNG	73
VII. LITERATURANGABEN	75



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548401_0013

I. EINLEITUNG

Die wirkungsvolle Hilfe bei lebensbedrohlichen Notfällen hat gerade in den letzten Jahren besondere Beachtung gefunden, auch seitens des Gesetzgebers und der kommunalen Einrichtungen. Die Organisation und Technik des Rettungswesens wird ständig verbessert, der Zeitraum vom Erkennen eines Notfalles bis zum Beginn der Hilfsmaßnahmen wurde in den letzten Jahren fortwährend verringert. Das Interesse der Öffentlichkeit an einem optimalen System von Hilfe bei bedrohlichen Zwischenfällen, sei es bei Unfällen oder aufgrund von Erkrankungen, ist verständlicherweise groß.

Gerade im Notfall ist es von größter Bedeutung, daß der hilfeleistende Arzt, gleichgültig, ob er als Betriebsarzt, Notfallarzt, Krankenhausarzt oder freipraktizierender Mediziner zum Patienten gerufen wird, durch schnelles Erkennen der vorliegenden Symptome die exakte Diagnose stellt, ohne die es in der Mehrzahl der Fälle keine brauchbare Hilfe zur Abwendung des kritischen Zustandes geben kann.

Die überwiegende Mehrzahl der Notfälle wird in ihrer offenkundig lebensbedrohlichen Schwere von Ärzten oder medizinisch geschultem Personal erkannt und entsprechende lebensrettende Maßnahmen eingeleitet.

Darüber hinaus ereignen sich immer wieder Fälle, bei denen Patienten kurze Zeit nach einer ärztlichen oder anderweitigen Untersuchung plötzlich verstorben sind. Hierbei stellt sich die Frage, ob für den Arzt zur Untersuchungszeit die Schwere der Erkrankung nicht zu erkennen war oder aber die lebensbedrohliche Lage des Patienten verkannt wurde.

Wenn es in solchen Fällen zum Tode des Betroffenen kommt, wird in der Regel amtlich geprüft, ob fremde Schuld zum tödlichen Ausgang beigetragen hat. Eine unentbehrliche Erkenntnisquelle zur Klärung dieser rechtlich bedeutungsvollen Frage ist die gerichtliche Obduktion.

Wissenschaftliche Veröffentlichungen, die sich mit der Problematik der Notfallmedizin ausführlich befassen, sind in der medizinischen Literatur in recht großer Zahl anzutreffen. (STREICHER u. ROLLE, KOLLER u. NAGEL, DE RUDDER)

Zur Thematik nicht erkannter oder ungenügend behandelter Notfälle konnten Mitteilungen in der überschaubaren Literatur lediglich zu einigen Teilgebieten gefunden werden, z.B. zum plötzlichen Tod im Säuglingsalter (ALTHOFF, SCHOPPE, SPANN) oder zum Schädelhirntrauma (DOTZAUER, WOJAHN). Größere Kollektive verkannter Notfälle sind offenbar bisher nicht beschrieben worden.

Die vorliegende Arbeit ist daher als ein Versuch zu sehen, diesen bislang unbeachteten Teilbereich im Rahmen des Notfallgeschehens anschaulich zu machen. Gerade aus unglücklichen Verläufen können wertvolle Hinweise für künftiges Handeln gewonnen werden.

Das Ziel dieser Studie ist die Darstellung und Auswertung solcher verkannter Notfälle. Es handelt sich hierbei um Probleme, die sowohl rechtliche als auch medizinische Gesichtspunkte einschließen, aber auch unter sozialen und gesundheitspolitischen Aspekten Bedeutung beanspruchen können.

"Impulse zu setzen, Prävention, ist gleichfalls Anliegen der gerichtlichen Medizin" (B. MUELLER).

II. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Für die Beurteilung aller in dieser Studie auftretenden Fragen, besonders unter strafrechtlichem Aspekt, wäre eine sehr umfangreiche Aufstellung von Paragraphen des Strafgesetzbuches notwendig.

Die Aufgabe dieser Arbeit soll es jedoch nicht sein, alle hier vorkommenden juristischen Fragen eingehend zu untersuchen. Es soll eine Erörterung der konkreten Konsequenzen der ausgewerteten Fälle erfolgen, auch unter berufsrechtlichen Aspekten.

Zur Auswertung gelangten 52 Fälle. Die gerichtlich angeordneten Ermittlungen waren in 44 Fällen "gegen Unbekannt wegen Tötung" aufgenommen worden. In den verbleibenden acht Fällen wurden die Nachforschungen gegen die behandelnden Ärzte wegen des Verdachts einer strafbaren Handlung eingeleitet. Ausnahmslos handelte es sich hierbei um eventuell mögliche Verstöße wegen "unterlassener Hilfeleistung" (§ 330c StGB) und "fahrlässiger Tötung" (§ 222 StGB). Diese beiden Paragraphen sollen in diesem Kapitel näher erläutert werden.

Ferner soll für den in dieser Untersuchung aufgetretenen Fall der Abweisung einer Patientin aus der Arztpraxis wegen fehlenden Krankenscheines die ärztliche Behandlungspflicht erörtert werden.

Der juristisch wie medizinisch bedeutsame Begriff der Haft- bzw. Verwahrfähigkeit, auf den am Ende dieses Kapitels näher eingegangen werden soll, spielte in fünf Fällen eine wichtige Rolle.

1. Unterlassene Hilfeleistung

Bei der unterlassenen Hilfeleistung handelt es sich um ein echtes Unterlassungsdelikt, das im § 330c des Strafgesetzbuches festgelegt ist.

Der Gesetzestext hat folgenden Wortlaut:

"Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dieses erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft."

Wie DREHER in seinem Kommentar des Strafgesetzbuches ausführt, habe man unter dem Begriff "Unglücksfall" ein plötzlich eintretendes Ereignis zu verstehen, das erhebliche Gefahr für Menschen und Sachen mit sich bringe. SCHEFFLER weist darauf hin, daß es sich in jedem Fall um ein Ereignis von erheblicher Bedeutung handeln müsse. Nach SCHÖNKE-SCHRÖDER werden Unglücksfälle nicht als geringfügige Schäden an Menschen und Sachen definiert, sondern sie sind spontane "Ereignisse, die erhebliche Gefahren für Menschen oder Sachen hervorzurufen drohen".

SCHEFFLER interpretiert weiter, daß eine Gemeingefahr vorliege, wenn eine unbestimmte Anzahl von Menschenleben gefährdet sei. Not im Sinne des § 330c StGB sei die Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit eines Personenkreises infolge eines wirtschaftlichen Notstandes.

Die Hilfeleistung umfasse Arbeits- und Sachleistungen, wie z.B. Hergabe von Fahrzeugen und Gerätschaften aller Art, von Arzneien, von Verbandstoffen bei Unglücksfällen, Verletztentransport, usw. Die Strafwürdigkeit der unterlassenen Hilfeleistung liege in der Versäumung einer wirklichen Chance zur erfolgreichen Schadensabwendung. Wer der Pflicht zur Hilfeleistung schuldhaft verspätet nachkäme, könnte eventuell auch nach § 330c StGB belangt werden.

Eine Verpflichtung zur Hilfeleistung bestände nicht, wenn der Helfer durch die Hilfeleistung von der Erfüllung anderer wichtiger Pflichten abgehalten würde (z.B. Arzt auf dem Wege zur Geburtshilfe bei Gefährdung einer Sache). Bei Pflichtkollisionen gehe die höhere Pflicht der geringeren vor.

Die herrschende Meinung sieht den Verstoß gegen den § 330c StGB zwar als nur vorsätzlich begehbar an, aber bedingter Vorsatz genüge. Es reiche aus, wenn der gemeinte Täter sich damit abfindet, die Hilfeleistung unterlassen zu haben, wenn nach seiner Vorstellung nur eine geringe Möglichkeit bestehe, daß seine Hilfeleistung die Gefahr hätte abwenden können.

SCHEFFLER führt weiter aus, daß eine für alle Fälle gültige Norm sich in bezug auf die Hilfeleistungspflicht nicht geben lasse. Inwieweit eine Pflicht zum Handeln bestünde, sei vom Einzelfall abhängig. Keinesfalls würde ein bis zur Selbstaufopferung gehender Heroismus verlangt. Geringe geschäftliche Nachteile durch Zeitverlust, unter Umständen auch eine unbeachtliche körperliche Gefahr, entbinde jedoch nicht von der Pflicht der Hilfeleistung.

Da bei der unterlassenen Hilfeleistung die Ermittlungen häufig auch unter dem Gesichtspunkt des Verdachts eines Vergehens gegen den § 222 StGB geführt wurden, bedarf es einer gesonderten Erörterung des Tatbestandes der fahrlässigen Tötung.

2. Fahrlässige Tötung

Dieser Vergehenstatbestand ist in § 222 StGB festgelegt. Der Gesetzestext lautet:

"Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft."

Die Schwierigkeit dieses Paragraphen und seiner Interpretation ist durch den Begriff "Fahrlässigkeit" gegeben. Wie SCHEFFLER dazu kommentiert, liege Fahrlässigkeit vor, wenn der Täter die Sorgfalt außer acht lasse, zu der er nach den Umständen und nach seinen persönlichen Verhältnissen verpflichtet und imstande sei.

Der Gesetzgeber unterscheidet die bewußte und die unbewußte Fahrlässigkeit. Nach SCHEFFLER handele derjenige unbewußt fahrlässig, der mit dem durch seine Handlung eingetretenen Erfolg überhaupt nicht gerechnet hatte, obwohl er diesen normalerweise voraussehen konnte. Bewußt fahrlässig handele derjenige, der den Eintritt eines Erfolges zwar voraussetze, aber darauf vertraue, daß er nicht geschehen würde.

Wie PETERS ausführt, gehöre zur Fahrlässigkeit unbedingt die Vorhersehbarkeit, d. h. der Täter habe die Tötung des anderen zwar nicht gewollt, er hätte sie jedoch bei entsprechender Aufmerksamkeit und Vorsicht voraussehen und vermeiden können.

SCHEFFLER weist auf die Notwendigkeit im Sinne dieses Gesetzes hin, daß der eingetretene Tod die Folge der Fahrlässigkeit sei; sie brauche aber nicht die alleinige Ursache für den Tod zu sein, es genüge die Mitverschuldung (Bundesgerichtshof-Urteil 1, 194). Es sei auch nicht erforderlich, daß der Tod sofort eintrete, es könne auch eine Operation oder Krankheit dazwischen liegen.

Entscheidend sei nur, daß der Tod ohne die fahrlässige Handlung nicht eingetreten wäre und die Kausalkette nicht unterbrochen wurde. Über die Kausalität im Strafrecht sagt SCHWERD, daß die Gewißheit oder "an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit" des Zusammenhanges im allgemeinen erforderlich seien.

Von großer Bedeutung für die Praxis der Rechtsprechung, insbesondere in den Verfahren gegen Ärzte, ist der Umstand, daß eine fahrlässige Tötung selbst bei sehr schwerwiegendem fahrlässigem Verhalten von sorgeverpflichteten Personen nicht zur Gerichtsverhandlung gelangt, wenn der Tod auch ohne das fahrlässige Verhalten der zur Hilfeleistung verpflichteten Personen zur gleichen Zeit eingetreten wäre.

3. Ärztliche Behandlungspflicht

In einem der untersuchten Fälle wurde die Abweisung eines Patienten aus der Arztpraxis wegen fehlenden Krankenscheines festgestellt. (Fall 1)

Nach BERG bestehe eine Behandlungspflicht für den Arzt an sich nicht, er könne ihm nicht zusagende Behandlungen ablehnen. Diese Freiheit sei für den Kassenarzt insoweit eingeschränkt, als er zur Behandlung der Kassenpatienten seines Bezirks verpflichtet sei und nur in besonders begründeten Fällen eine Ablehnung erfolgen könne.

BERG schreibt weiter, daß der Krankheitsfall eines einzelnen Menschen normalerweise nicht geeignet sei, die Voraussetzungen des § 330c StGB (Unterlassene Hilfeleistung) zu erfüllen, der den Arzt wie aber auch jeden Staatsbürger zur Hilfeleistung bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not verpflichtete. Nach den Strafrechtstheoretikern sei jedoch ein "rapides Sichverschlechtern" einer Krankheit, die nichts mit einem Unfall zu tun hat, im Sinne des § 330c StGB als "Unglücksfall" zu sehen.

Nach mündlicher Mitteilung von KRAPP, Kassenärztliche Vereinigung Berlin, müsse ein wegen fehlenden Krankenscheines abweisender Arzt auf die Möglichkeit der Behandlung als Privatpatient hinweisen. In einem Notfall sei der Krankenschein jedoch entbehrlich, da dem Patienten durch rasche Hilfeleistung zur Verbesserung der bedrohlichen Situation geholfen werden müsse. Außerdem verbiete sich bei einem Notfall für den Arzt die Ablehnung einer

Behandlung bei fehlendem Krankenschein wegen eines daraus resultierenden Verstoßes gegen § 33oc StGB. Wenn ein Kassenarzt eine Behandlung ungerechtfertigt ablehne, so stelle dies eine Pflichtverletzung dar, die gegebenenfalls eine Entziehung der Zulassung als Kassenarzt rechtfertige und auch mit einer Inanspruchnahme dieses Arztes durch das ärztliche Berufsgericht gerechnet werden müsse.

4. Die Haft- bzw. Verwahrfähigkeit

Das Verhaltensmuster der polizeilichen Behandlung hilflos aufgegriffener Personen in West-Berlin wird durch die Dienstanweisung S 22 aus dem Jahre 1971 des Polizeipräsidenten in Berlin bestimmt.

Als hilflose Personen im Sinne dieser Anweisung werden Betrunkene sowie unter anderen berauschten Mitteln stehende Personen verstanden, die nicht mehr in der Lage sind, sich selbst zu helfen.

Polizeiliches Einschreiten wird durch die Dienstanweisung angeordnet, wenn Maßnahmen zum Schutze dieser Personen erforderlich erscheinen oder wenn ihr Verhalten die öffentliche Sicherheit und Ordnung gefährdet.

Im folgenden ist den Ausführungen über die gesundheitliche Versorgung der in polizeilichen Gewahrsam genommenen Personen ein großes Maß an sachkundiger Regelung wie aber auch an Absicherung aller eventueller Möglichkeiten seitens der obersten Po-

lizeibehörde zu entnehmen:

Bei Personen, deren Hilflosigkeit auf Verletzungen oder Krankheit beruht, und ferner bei nicht ansprechbaren Personen, hat die Benachrichtigung der Berliner Feuerwehr zu erfolgen. In eigener Zuständigkeit veranlassen die Beamten der Berliner Feuerwehr das Erforderliche. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um die Verbringung in ein Krankenhaus.

Bei den in Verwahrung zu nehmenden betrunkenen oder unter anderen berauschenden Mitteln stehenden Personen sei laut Dienstanweisung unverzüglich eine Untersuchung durch einen Arzt zu veranlassen.

Auf Grund eines Vertrages zwischen der Polizei und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin werden diese Untersuchungen seit 1975 generell von einem Bereitschaftsarzt durchgeführt.

Die Entscheidung, ob eine sofortige ambulante oder stationäre Behandlung erforderlich ist, liegt daher bei dem untersuchenden Bereitschaftsarzt.

Alle Personen, denen nach ärztlicher Beurteilung die Verwahrfähigkeit bescheinigt wird und die in polizeilicher Obhut verbleiben, sind von den zuständigen Beamten eingehend zu beobachten und bei einem Verdacht auf eine ernsthafte Verschlechterung ihres Zustandes sofort durch die Feuerwehr einem Krankenhaus zuzuführen.

Aus dieser Regelung ergibt sich für alle an der Versorgung hilfloser Personen beteiligten Helfer und Bereitschaftsärzte ein erhebliches Maß an Verantwortung.

In letzter Zeit hat in ärztlichen Fachkreisen ebenso wie in der Öffentlichkeit die Frage einer optimalen Behandlung von Untersuchungs- und Strafgefangenen an Bedeutung gewonnen, einschließlich der Organisation einer effektiven ärztlichen Hilfeleistung bei Notfällen in Haftanstalten. Allerdings kann hier die Problematik des Hungerstreiks sowie der Suizidandrohung und -versuche in Haftanstalten nicht näher erörtert werden, da dies den Rahmen der vorliegenden Arbeit überschreiten würde und außerdem die untersuchten Fälle keine unmittelbare Beziehung zum Thema haben.

Über die Problematik "Arzt und Medizin im Berliner Strafvollzug" ist 1975 von MEITZNER berichtet worden; demnach sei ein Patient auch beim Vorliegen einer ernsthaften Erkrankung als haftfähig zu beurteilen, wenn er mit den Behandlungsmöglichkeiten innerhalb des Strafvollzuges sachgemäß behandelt werden könne.

Die Qualität und die Ausstattung der Krankenabteilungen seien besser als häufig von anderer Seite angenommen werde. Daher entbehre eine von auswärtigen Ärzten bescheinigte "Haftuntauglichkeit" oft jeglicher Grundlage, da in den Krankenhäusern der Vollzugsanstalten die ärztliche Behandlung in der Regel gewährleistet sei.

III. MATERIAL UND METHODE

1. Übersicht: Die Obduktionen des Instituts

Im Institut für Rechtsmedizin der Freien Universität Berlin wurden in den Jahren 1970 bis 1975 insgesamt 3 617 gerichtliche Leichenöffnungen vorgenommen, davon 1 028 Fälle = 28,4 % mit Tod aus natürlicher Ursache sowie 250 Fälle = 6,9 % von Todesfällen im Säuglings- und Kleinkindesalter.

Diese Obduktionen wurden durch die Staatsanwaltschaft des Landgerichtes Berlin beantragt, um in den entsprechenden Ermittlungsverfahren durch das Hinzuziehen gerichtsmedizinischer Sachverständiger Klarheit über die Todesursache zu gewinnen, stets im Hinblick auf die entscheidende Frage, ob fremdes Verschulden zum tödlichen Ausgang beigetragen hat.

Für die Bearbeitung dieses Themas konnten zunächst die Obduktionsprotokolle des Instituts eingesehen werden. Bei der Durchsicht der 3 617 Protokolle der Jahre 1970 bis 1975 wurden insbesondere die im Deckblatt enthaltenen Angaben zur Vorgeschichte berücksichtigt.

Zur näheren Auswertung kamen alle Fälle, bei denen nach der Vorgeschichte während der letzten drei Tage vor dem Tode ärztliche Untersuchungen mit oder ohne Therapiemaßnahmen verzeichnet waren, aber auch Fälle mit zunächst noch unklaren Zeitangaben wurden zur weiteren Bearbeitung herausgesucht. Es handelte sich hierbei vorerst um 80 Fälle.

Um möglichst vollständige Informationen über diese Fälle zu erhalten, wurde der Herr Generalstaatsanwalt des Landgerichts Berlin um die Möglichkeit der Einsichtnahme in die abgeschlossenen Ermittlungsakten gebeten.

2. Die Ermittlungsakten und Untersuchungskriterien

Die Ermittlungsakten konnten unter Wahrung der Schweigepflicht durchgearbeitet werden. Es gelangten vier Akten nicht zur Aushändigung, da die entsprechenden Verfahren noch nicht abgeschlossen waren.

In den meisten Fällen waren genaue Hinweise auf das Befinden des Patienten vor dem Tode sowie die Art der ärztlichen Maßnahmen wie auch sonstige Umstände aus den Tatortbefundberichten bzw. Vernehmungsprotokollen der schriftlich niedergelegten Angehörigenaussagen zu entnehmen.

Es blieben nach Gesamtdurchsicht noch 52 Fälle übrig, bei denen Angaben über ärztliche Untersuchungen aufgefunden worden waren, die jeweils innerhalb der letzten drei Tage vor dem Todeseintritt stattgefunden hatten.

Zur weiteren Auswertung mußten 24 Vorgänge unberücksichtigt bleiben, weil der Zeitraum zwischen der ärztlichen Bemühung und dem Todeseintritt nicht innerhalb des definierten Untersuchungskriteriums von drei Tagen lag oder aber die Zeitangaben nicht genau festgelegt waren, etwa bei Bemerkungen wie "vor kurzem" oder "neulich beim Hausarztbesuch". Es waren somit, wie erwähnt, 52 Fälle zur Auswertung verfügbar.

Die Schwierigkeit einer kritischen Auswertung von Informationen aus zweiter Hand, d.h. der sowohl von medizinischen Laien niedergeschriebenen als auch der von nicht fachkundigen Personen angegebenen Beobachtungen, zeigte sich auch in vorliegender Arbeit.

3. Liste der ausgewerteten Fälle

Um eine bessere Übersicht über die ausgewerteten 52 Fälle gewinnen zu können, werden in nachfolgender Liste zunächst die jeweils wichtigsten Angaben der Krankheitsvorgeschichte und die Ergebnisse der Obduktion eines jeden Falles in knapper Form zusammengefaßt und einander gegenübergestellt. Es haben sich hierbei neun Gruppen verschiedener Fallkategorien ergeben.

In Spalte 1 ist jeweils neben der Sektions-Nummer des Instituts sowie Alter und Geschlecht des Verstorbenen auch die Nummer jener Fälle vermerkt, die im folgenden Abschnitt IV (Kasuistik) ausführlicher beschrieben werden.

Der Spalte 2 ist die Vorgeschichte des Falles zu entnehmen. Es werden hier alle protokollarisch vermerkten Symptome aufgeführt und etwaige besondere Umstände des Falles kurz beschrieben. Außerdem wird angeführt, ob es sich bei dem untersuchenden Arzt um einen Haus-, Fach-, Krankenhaus- oder Bereitschaftsarzt handelte und welche Therapiemaßnahmen gegebenenfalls durchgeführt wurden.

Aus Spalte 3 geht die aus den Angaben der Ermittlungsakte zu entnehmende Zeitspanne zwischen ärztlicher Untersuchung und Todeseintritt hervor.

Der Spalte 4 sind die jeweils wichtigsten Obduktionsbefunde zu entnehmen. Positive Ergebnisse von Blutalkoholkontrollen (BAK) nach gaschromatographischer Untersuchungstechnik sind hier ebenfalls aufgeführt wie etwaige Ergebnisse von chemisch-toxikologischen Untersuchungen.

1. Plötzlicher Tod im Säuglings- und Kleinkindesalter

Sekt. Nr. Alter, m./w.	Vorgeschichte bzw. Symptomatik	Zeit zwischen Unters.u.Tod	Obduktions- befund
L 62/75 1 1/2 Mon. w.	wegen Verdauungs- störungen u. Fie- ber beim Hausarzt	15 Std.	Lungeninfekt, Hirn- u. Lun- genödem, Hy- perämie der inneren Organe
Fall 1 L 132/75 2 Mon. m.	Abweisung aus Kin- derarztpraxis wegen fehlenden Kranken- scheins bei Erkäl- tung und Fieber	20 Std.	Otitis media, Hirn- u. Lun- genödem, ge- staute Leber
Fall 2 L 140/75 2 Mon. w.	wegen Durchfall bei Kinderärztin. Rezept für Apothe- ker nicht lesbar	3 Tage	Infekt d. Lun- genwege, Hirn- u. Lungenödem
L 28/74 3 1/2 Mon. m.	wegen Erkältung u. Husten bei Kinder- ärztin. Rezept: Vibramycin®-Tropfen u. Hustensaft	3 Tage	Luftröhrenent- zündung, Bron- chitis, unter- schiedlich be- lüftete Lungen Hirn- u. Lun- genödem
L 303/72 8 Mon. w.	wegen Fieber, Durchfall u. Husten von Bereitschafts- arzt untersucht	2 Tage	Kreislaufver- sagen bei Darm- infektion, Hy- perämie u. Ödem des Gehirns
L 489/72 2 1/2 Mon. w.	wegen Schnupfen bei Kinderärztin	3 Tage	Otitis media, akuter Infekt, Hirnödem
L 413/71 2 1/2 Mon. m.	wegen Atemschwie- rigkeiten bei Kin- derärztin	3 Tage	Desquamativ- Katarrh, Ergüs- se in beiden Pleurahöhlen, Hirn- u. Lun- genödem

Sekt. Nr. Alter, m./w.	Vorgeschichte bzw. Symptomatik	Zeit zwischen Unters.u.Tod	Obduktions- befund
L 570/71 4 Mon. w.	wegen Fieber und Erbrechen bei Kinderärztin	16 Std.	Infekt der Luft- wege, blutiger Schaum in der Luftröhre
L 13/70 6 Wochen m.	wegen Durchfall bei Kinderarzt	3 Tage	Invaginations- ileus mit In- farzierung
L 97/70 4 Mon. w.	Zum Gipsverband- wechsel im Kran- kenhaus. Dabei bestand Fieber, das nicht thera- piert wurde.	8 Std.	akuter Infekt der Luftwege; Zustand bei Ober- schenkelgehgips
L 242/70 5 Mon. w.	wegen Fieber und Pulsunregelmäßig- keiten bei Kinder- ärztin, die Kran- kenhaus-Einwei- sung ablehnte	20 Std.	Infekt der Luft- wege, Hirn- u. Lungenödem, mas- sive Speisebrei- aspiration
L 484/74 5 Jahre m.	wegen Mandelent- zündung, Erkältung und Fieber beim Hausarzt	36 Std.	abszedierende Herdpneumonie, schwerste eitrige herdförmige Lun- genentzündung in sämtlichen Ab- schnitten
Fall 3 L 565/74 15 Mon. m.	wegen Erkältung, Fieber u. Ausschlag von Hausarzt und später von Notfall- arzt untersucht	20 Std. bzw. 2 Std.	Bronchitis, Otitis media beidseitig, Lun- genödem
L 249/71 13 Mon. w.	mit spastischer Läh- mung aus stationärer Behandlung entlassen	2 Tage	tödliches Kreis- laufversagen (?), Hirn- u. Lun- genödem Chemie: negativ
L 153/70 12 Mon. w.	wegen Fieber mit Er- brechen von Notfall- arzt untersucht. The- rapie: Zäpfchen	8 Std.	WATERHOUSE- FRIEDRICHSEN-Syn- drom, Blutungen in Nebennieren, Hirn- substanz, Darmwan- dung, Nieren u. Thymusdrüse

2. Herzerkrankungen

Sekt. Nr. Alter, m./w.	Vorgeschichte bzw. Symptomatik	Zeit zwischen Unters.u.Tod	Obduktions- befund
L 170/73 69 Jahre m.	"Gutes EKG" und keinerlei Beschwer- den von Hausarzt angegeben	24 Std.	Stenos.Koronar- sklerose bei Herzschwilen, Kreislaufin- suffizienz
L 482/73 45 Jahre m.	In U-Haft aus sta- tionärer Behand- lung entlassen. Er- brechen u. Benommen- heit vor Todesein- tritt	16 Std.	Stenos.Koronar- sklerose, beid- seitige Hyper- trophie u. Dila- tation des Her- zens
Fall 4 L 533/73 43 Jahre w.	Wegen Übelkeit und Schmerzen in li. Brust und Arm von Notfallarzt Buscopan [®] injiziert	4 Std.	Stenos.Koronar- sklerose (Ver- schluß der rech- ten Kranzschlag- ader)
L 531/72 51 Jahre m.	Wegen Luftmangel und Schmerzen in linkem Arm erstmalig beim Arzt	20 Std.	Stenos.Koronar- sklerose aller drei Hauptstämme, chronische Leber- stauung
L 57/70 48 Jahre w.	Wegen Kopfschmerzen u. Nebenhöhlenent- zündung beim Arzt. Starke Rückenschmer- zen vor Todeseintritt	45 Std.	Sanduhrförmige Stenose der li. Kranzschlagader und thrombosier- ter absteigender Ast
L 208/70 56 Jahre w.	Wegen Übelkeit, Schweißausbrüchen u. Rückenschmerzen bei Hausarzt	3 Tage	Stenos.Koronar- sklerose, Myo- kardschwilen
Fall 5 L 288/70 45 Jahre w.	Wegen starken Luft- mangels mit Erbre- chen beim Hausarzt, der nur "geringfügi- ge Krankheiten" feststellte	16 Std.	Koronaratheroma- tose, frischer Vorderwandinfarkt bei alten Schwie- len, Endokardfi- brose

Sekt. Nr. Alter, m./w.	Vorgeschichte bzw. Symptomatik	Zeit zwischen Unters.u. Tod	Obduktions- befund
L 129/74 47 Jahre m.	Wegen Luftnot, Fieber u. Schmer- zen im Schulter- Halsbereich beim Arzt	7 Std.	Herzbeuteltampo- nade aus Herz- wandaneurysma, mäßige Koronar- sklerose, Herz- gewicht: 560 g, Stauungsleber
L 613/74 34 Jahre m.	Wegen Schmerzen in den Beinen von Not- fallarzt Spritze (Jetrium®) bekommen	1 Std.	Mitralklappen- entzündung, Kreislaufschwä- che, Fettleber (2.445 g) BAK 2 o/oo
L 416/71 42 Jahre m.	Nach starkem Nasen- bluten und Schwäche- gefühl aus Kranken- haus entlassen	6 Std.	Myodegeneratio cordis, Herzschie- len, mäßige Koro- narsklerose, Hirn- u. Lungenödem
Fall 6 L 302/70 68 Jahre	Wegen schwerer Herzkranzschlagader- verkalkung in stän- diger ambulanter Behandlung	20 Std.	Aortenklappen- stenose, extreme Herzvergrößerung (890 g), Herz- schielen, stenos. Koronarsklerose, Stauungsverhär- tung von Milz, Leber u. Nieren
L 548/75 35 Jahre w.	Notfallärztin inji- zierte nach Unter- suchung unbekanntes Medikament und ließ 4 Tabl. Valium [®] bei der Patientin	24 Std.	Endokarditis, Fett- leber (1.800 g), Chemie: Therapie- tische Dosen von Bromharnstoffderi- vaten und Doxepin (Psychopharmakon)

3. Lungenerkrankungen

Sekt. Nr. Alter, m./w.	Vorgeschichte bzw. Symptomatik	Zeit zwischen Unters.u. Tod	Obduktions- befund
Fall 7 L 372/74 37 Jahre m.	Zur Ausnüchterung im Polizeirevier, dort vom Arzt die Verwahrfähigkeit bescheinigt	7 Std.	Lobäre Pneumonie mit Begleitpleu- ritis des linken Unterlappens BAK 0,00 o/oo
Fall 8 L 405/73 59 Jahre m.	Nach Pankreas- Operation ärzt- liche Routinebe- suche, Halsschmer- zen	14 Std.	Abszedierende, konfluierende Bronchopneumonie, Zustand nach Gastroendostomie und operativem Eingriff am Pan- kreas
Fall 9 L 64/70 38 Jahre m.	Hausarzt diagno- stizierte Erkältung bei heftigen Schmer- zen in der linken Brustseite	2 Std.	Lappenfüllende Pneumonie, gering- fügige Koronarskle- rose, keine Herz- schwien
Fall 10 L 117/75 69 Jahre w.	Wegen häufiger Schwäche- und Schwindelanfälle vom Hausarzt unter- sucht	12 Std.	Massive Lungen- embolie, Herzhyper- trophie, Koronar- sklerose
Fall 11 L 471/74 37 Jahre w.	14 Tage nach Appen- dektomie beim Haus- arzt wegen starker Rückenschmerzen, Fieber und Tachy- kardie	24 Std.	Lungenembolie, Thromben in der linken Beckenvene, Zustand nach Appen- dektomie
Fall 12 L 152/71 10 Jahre m.	Plastikteil ver- schluckt, nach Röntgen des Magen- Darm-Traktes aus Krankenhaus ent- lassen	3 Tage	Vagustod nach Fremdkörperaspira- tion, massive Hirnschwellung

4. Abdominalerkrankungen

Sekt. Nr. Alter, m./w.	Vorgeschichte bzw. Symptomatik	Zeit zwischen Unters.u.Tod	Obduktions- befund
L 240/72 23 Jahre m.	Wegen Magenschmerzen im Krankenhaus, von dort nach Röntgenbild entlassen	1 1/2 Tage	Blutung in die freie Bauchhöhle (700 ml) wahrscheinlich aus Pankreasschlagader
Fall 13 L 658/72 41 Jahre, m.	Nach Verkehrsunfall von Ärzten einer Krankenhausrettungsstelle Verwahrfähigkeit bescheinigt	6 Std.	Verblutung aus Leberruptur, Zerreißung vor allem des rechten Lappens. Trümmerbruch der rechten Beckenhälfte
L 389/71 73 Jahre w.	Wegen Bauchschmerzen und Obstipation von Notfallarzt untersucht	5 1/2 Std.	Strangulationsileus (beidseitiger Schenkelbruch, rechts infarzierte Dünndarmschlinge, links mit Teilen des großen Netzes und Dünndarmschlinge)
L 570/75 75 Jahre m.	Abführmittel von Bereitschaftsarzt wegen Obstipation bei Schwäche- und Schwindelgefühl verordnet	3 Tage	Darmlähmung durch Dünndarmverschlingung, Prostatahypertrophie
L 81/75 74 Jahre w.	Notfallarzt gab der vorher kollabierten Patientin Injektionen nicht näher bezeichneter Medikamente	10 Std.	Peritonitis; übermannsfistgröße, in die freie Bauchhöhle durchgebrochener Tumor im Bereich des Magenausgangs; allgemeine Arteriosklerose; Glucotest positiv

5. Intrakranielle Blutungen

Sekt. Nr. Alter, m./w.	Vorgeschichte bzw. Symptomatik	Zeit zwischen Unters.u.Tod	Obduktions- befund
Fall 14 L 317/71 45 Jahre m.	Im Polizeirevier stellte Notfallarzt Verwahrfähigkeit eines Betrunkenen fest.	37 Std.	Zentrale Hirnblutung im Bereich des linken Kerngebietes mit Einbruch in das Kammersystem. Keine Kopfverletzungsspuren.
L 439/71 34 Jahre m.	Betrunkener von Polizisten nach Hause gebracht, dort stellte Ärztin keine besorgniserregenden Veränderungen fest.	1 Std.	Subduralblutung im Marklager des rechten Stirnlappens, Schürfung im hinteren Scheitelpbereich, darunter Biegungsbruch BAK 1,19 o/oo, Fettleber (2.875 g)
L 512/71 38 Jahre, m.	Fürsorger läßt alkoholisierten Heimbewohner auf der Treppe weiterschlagen.	30 Std.	Epi- und subdurales Hämatom, klaffender Schädelbruch mit Durariß und Kleinhirnuquetschung, Lungenödem, BAK 0,05 o/oo
Fall 15 L 148/74 20 Jahre m.	Alkoholisierter von Polizisten zur Ausnüchterung zuhause auf ein Bett gelegt.	9 Std.	Schädelhirntrauma bei Alkoholvergiftung (BAK 1,76 o/oo), zentrale Marklagerblutung, blutunterlaufene Schürfung an der linken Hinterhauptseite
L 278/74 47 Jahre m.	Betrunkener von Feuerwehrleuten in dessen Wohnung zur Ausnüchterung gebracht.	10 Std.	Subduralblutung (240 ml), BAK 3,48 o/oo, Blutunterlaufung linke Hinterhauptsegegend, massive Leberverfettung, mäßige Atherosklerose

6. Stoffwechselstörungen

Sekt. Nr. Alter, m./w.	Vorgeschichte bzw Symptomatik	Zeit zwischen Unters.u.Tod	Obduktions- befund
Fall 16 L507/71 42 Jahre m.	Wegen Übelkeit und Erbrechen beim Hausarzt. Dieser diagnostizierte "Nervenzusammen- bruch". 2 Tage darauf injizierte Notfallarzt Psycho- pharmaka	3 Tage bzw. 6 Std.	Diabetisches Koma, 71 mg % Aceton im Blut und Harn, Glucotest vierfach positiv; eitrig Bronchitis, Leber- verfettung, BAK 0,05 o/oo
Fall 17 L 26/70 38 Jahre m.	Wegen Halsschmerzen, starker Unruhe und Atemnot verordnete Arzt Antibiotika	5 Std.	Diabetisches Koma, Glucotest: Harn vierfach positiv, fortgeschrittene Koronarsklerose, Stammfettsucht. Chemie: geringe Mengen von Amido- pyrin sowie eine Spur Codein.

7. Infektionskrankheiten

L 82/75 7 Jahre w.	Wegen Fieber beim Hausarzt. Diagnose: grippaler Infekt. Therapie: Fieber- zäpfchen	3 Tage	Eitrig Haubenmening- itis, schwerste eitrig Entzündung sämtlicher Nebenhöhlen, leichte Milzschwellung, Bakte- riologie: Pneumo- und Meningokokken.
Fall 18 L 76/74 36 Jahre m.	Nach Afrikareise hohes Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen. Hausarzt beharrte auf seiner Grippe- diagnose u.-therapie	3 Tage	Milzruptur bei Malaria tropica. Milzvergrö- ßerung auf 1080 g mit gezackten Rupturen. Blutung von ca. 1000 ml in die Bauchhöhle. Plasmodien nicht nach- weisbar.

8. Hals-, Nasen-, Ohrenerkrankungen

Sekt. Nr. Alter, m./w.	Vorgeschichte bzw. Symptomatik	Zeit zwischen Unters.u.Tod	Obduktions- befund
Fall 19 L 423/75 27 Jahre m.	Mit starken Hals- schmerzen beim Betriebsarzt, der den Patienten nach Hause entließ	15 Min.	Frisches Glottis- ödem mit Absze- dierung, massives Hirn- u. Lungen- ödem
Fall 20 L 14/76 30 Jahre m.	Wegen erschwelter Mundöffnung mit ge- schwollener Zunge und Kopfschmerz wurde Notfallarzt gerufen. Dieser stellte "nichts Ernsteres" fest	1 Tag	Hühnereigroßer Nackenfurunkel, große Zerfallshöhle im Nacken, Fett- leber, Milzschwel- lung, Kopflausbefall

9. Sonstige Fälle

Fall 21 L 417/71 26 Jahre w.	Wegen Atemnot, Halsschmerzen und Kreislaufschwäche im Krankenhaus, das die Patientin eigen- mächtig verließ, da "nichts unternommen wurde".	1 Tag	Lymphangiosis carcinomatosa der Lunge (unklarer Primärtumor), steno- sierte linke Herz- kranzschlagader, Leber (1810 g) und Milz (160 g) gestaut.
Fall 22 L 353/70 72 Jahre w.	Wegen Leibschmerzen bei Schüttelfrost vom Hausarzt behan- delt.	6 Std.	Pyelonephritis, großer Ureterstein links, mäßige Koronarsklerose, starre Aortenklappen, Cholelithiasis.
Fall 23 L 537/75 36 Jahre m.	Haftfähigkeit eines Betrunkenen von Be- reitschaftsarzt be- scheint.	1 Std.	Alkoholvergiftung 5,13 o/oo BAK, keine krankhafte Organver- änderungen, keine Kopfverletzungen, Harnalkohol 5,75 o/oo.

IV. KASUISTIK

Die zur Auswertung gelangten 52 Fälle wurden, wie bereits dargelegt, nach der jeweiligen Diagnose des Obduktionsbefundes in neun Gruppen eingeteilt. Lediglich die Gruppe "Plötzlicher Tod im Säuglings- und Kleinkindesalter" wurde nach dem Alter der Verstorbenen zusammengestellt. Es sollen die für jede Gruppe vorherrschenden Krankheitsmerkmale herausgestellt werden. Dabei sind bewußt die in den Akten angegebenen, häufig laienhaften Begriffe übernommen worden. In den folgenden Obduktionsergebnissen werden jeweils nur positive Befunde von chemisch-toxikologischen Analysen oder von Blutalkoholbestimmungen (BAK) nach der gaschromatographischen Untersuchungsmethode wiedergegeben.

1. Plötzlicher Tod im Säuglings- und Kleinkindesalter

Dies ist die umfangreichste aller Gruppen; sie umfaßt 15 Fälle. Es sei hier ausdrücklich erwähnt, daß nur solche Fälle von 'Tod im Säuglings- und Kleinkindesalter' zur Auswertung herangezogen wurden, bei denen ärztliche Hilfe seitens der Pflegepersonen gesucht worden war.

Beim Todeseintritt waren 11 Kinder im Säuglingsalter von zwei bis 11 Monaten, vier Kinder waren zwischen einem Jahr und fünf Jahren alt.

Die vielschichtige Problematik solcher Fälle hat schon immer in der Rechtsmedizin besondere Beachtung gefunden und hat zu einer großen Anzahl von Veröffentlichungen geführt (ALTHOFF, HILDEBRAND, MAHNKE, G. MÜLLER, SCHOPPE, SPANN). Es können daher von dieser Auswertung keine neueren Erkenntnisse

zu den spezifischen Problemen der Todesursachen bei unerwarteten Todesfällen im Säuglings- und Kleinkindesalter erwartet werden. Vielmehr beschränkt sich die Auswertung hier auf die Klärung der im Zusammenhang mit der Notfallintervention auftretenden straf- und berufsrechtlichen Gesichtspunkte.

In fünf Fällen, d.h. in einem Drittel der Gesamtzahl, war ein Facharzt für Kinderkrankheiten konsultiert worden, der behandelnde Hausarzt in sechs Fällen. In einem Fall war der Bereitschaftsarzt zusätzlich wegen Verschlechterung des Krankheitszustandes hinzugezogen worden. In zwei weiteren Fällen trugen Bereitschaftsärzte die Verantwortung, außerdem waren zweimal Krankenhausärzte als Untersucher angegeben.

Anlaß zur ärztlichen Konsultation waren überwiegend erhöhte Körpertemperaturen (9 Fälle). Einmal war dies das einzige aufgeführte Symptom. Bei den übrigen Fällen stand das Fieber, wobei Temperaturen von $37,6^{\circ}\text{C}$ bis $41,2^{\circ}\text{C}$ angegeben wurden, dreimal in Verbindung mit Erkältungen, ebenfalls dreimal zusammen mit Durchfällen. Die Kombination Fieber und Erbrechen wurde zweimal beschrieben, je einmal wurde Fieber bei einer Mandelentzündung bzw. unregelmäßigem Puls erwähnt. Durchfall als Hauptsymptom wurde in zwei Fällen aufgeführt. Je einmal lagen Atemschwierigkeiten, Schnupfen wie auch eine angeborene spastische Lähmung vor.

Entsprechend den allgemeinen Erfahrungen bei Obduktionen plötzlich verstorbenen Säuglinge war auch bei dieser Auswertung die Zahl der in den

ersten vier Lebensmonaten verstorbenen Säuglinge relativ hoch. 9 Fälle fielen in die Zeitspanne der ersten vier Lebensmonate, also 60 %, während nur drei Todesfälle (20 %) bei Kindern über einem Lebensjahr anzutreffen sind.

Die jahreszeitliche Verteilung zeigt eine deutliche Häufigkeitszunahme in den kälteren Monaten Oktober bis März. Auf diese Periode entfallen 10 Fälle, das entspricht 66 % der Gesamtzahl. Der Anteil der Mädchen ist mit 8 Fällen gegenüber 7 Todesfällen bei Jungen nicht wesentlich verschieden.

In den nachfolgend genauer beschriebenen Fällen 1 und 3 waren die Ermittlungsverfahren wegen möglicher strafbarer Verhaltensweise der Ärzte aufgenommen worden: im Fall 1 wegen des Verdachts der unterlassenen Hilfeleistung, im Fall 3 wegen des Verdachts einer fahrlässigen Tötung sowohl seitens des Hausarztes als auch des später untersuchenden Bereitschaftsarztes. In den übrigen Fällen waren die Ermittlungsverfahren wegen der Angabe "Unbekannte Todesursache" auf dem Leichenschauschein zum Zwecke des zweifelsfreien Ausschlusses einer Straftat aufgenommen worden.

Fall 1 (L 132/75): Abweisung eines Säuglings in Kinderarztpraxis wegen Fehlens des Krankenscheins.

Der zwei Monate alte Säugling war nach Aussage der Mutter seit einigen Tagen erkältet. Daher brachte sie ihr Kind in die Praxis eines Kinderarztes. Die Sprechstundenhilfe, die Ehefrau des Arztes, wies sie jedoch ab, weil sie keinen Krankenschein mitgebracht hatte. Auch das Angebot der Mutter, ihren Personalausweis sowie Geld als Sicherheit hinterlegen zu wollen, wurde nicht akzeptiert. Die Mutter

ging ohne Untersuchung des Kindes nach Hause. In der folgenden Nacht starb das Kind. Bei der gerichtlichen Obduktion wurde lediglich eine Mittellohrentzündung festgestellt. Das Ermittlungsverfahren wurde vor Anklageerhebung eingestellt.

Fall 2 (L 140/75): Medikamentenauslieferung beim Apotheker wegen Unleserlichkeit des Rezeptes nicht möglich.

Wegen Erkältung bei Durchfall und Fieber wurde der zwei Monate alte Säugling der Kinderärztin vorgestellt. Untersuchungsergebnis: "Magenerkältung". Die Ärztin stellte ein Rezept aus. Die Mutter legte das Rezept in der Apotheke vor, der Apotheker konnte die unleserliche Handschrift nicht entziffern. Telefonisch war die Ärztin nicht mehr zu erreichen, daher konnte die verordnete Medizin nicht übergeben werden. Die Mutter besaß jedoch ein früher ausgestelltes Rezept für nicht näher bezeichnete Zäpfchen. Diese wurden anstelle der verordneten Medizin vom Apotheker übergeben. Die Kinderärztin hatte um weitere Praxisbesuche gebeten, falls das Erbrechen nicht aufhören sollte. Da die Kindesmutter am nächsten Tag nicht zur Behandlung erschien, nahm die Ärztin an, daß die Ernährungsstörungen beseitigt seien. Der Tod des Säuglings trat drei Tage nach Untersuchung ein. Die Obduktion ergab einen Infekt der Lungenwege, der als mögliche Todesursache angenommen werden konnte.

Fall 3 (L 565/74): Notfallarzt "horchte Kleinkind ab und ging wieder".

Mit Körpertemperatur von 38° C und Hautausschlag wurde das 15monatige Kleinkind der Hausärztin vorgestellt. Diese diagnostizierte eine Masernerkrankung und verordnete nicht näher bezeichnete Augentropfen, Zäpfchen und Hustensaft. Am nächsten Morgen bestand Fieber von 40° C. Dies veranlaßte die Mutter, einen Notfallarzt zu rufen. Nach Auskunft der Mutter "horchte er das Kind ab und ging wieder." Zwei Stunden später war der Patient "sehr heiß" und atmete nur noch schwach. Es erfolgte die Einlieferung in ein Krankenhaus, wo jedoch nur noch der bereits eingetretene Tod festgestellt werden konnte.

Der Vater des verstorbenen Kindes beauftragte einen Rechtsanwalt, ein Ermittlungsverfahren von Amts wegen gegen die behandelnden Ärzte einzuleiten. Die gerichtliche Obduktion stellte als Hauptbefunde eine Bronchitis bei ebenfalls bestehender Otitis media sowie ein Lungenödem fest. Das Ermittlungsverfahren gegen die Ärzte wurde seitens der Staatsanwaltschaft aufgrund der erhobenen Befunde eingestellt.

2. Herzerkrankungen

Die zwölf Todesfälle infolge Herzkrankheiten stellen bei den Erwachsenen die umfangreichste Gruppe dar: sechsmal stenosierende Koronarsklerose, einmal Koronaratheromatose mit frischem Vorderwandinfarkt, je einmal rupturiertes Herzwandaneurysma, Myodegeneratio cordis, Mitralklappenentzündung, Aortenklappenstenose und Endokarditis.

In der Vorgeschichte der Koronarerkrankungen waren in zwei Fällen Schmerzen in der Brust mit Ausstrahlung in den linken Arm beschrieben worden sowie zweimal starke Rückenschmerzen in Verbindung mit Kopfschmerzen bzw. Übelkeit. Je einmal war starker Luftmangel und Benommenheit mit Erbrechen aufgeführt. Von besonderer Bedeutung ist der Fall L 170/73 mit ausgedehnten Herzschwelen, bei dem in der Vorgeschichte keinerlei Symptome aufgeführt waren und der nachträglich befragte Hausarzt bei der Untersuchung einen Tag vor dem Tod "keinerlei Beschwerden des Patienten bei gutem EKG" festgestellt hatte.

Die fünf Fälle verschiedener Erkrankungsarten zeigen erwartungsgemäß keinerlei Gemeinsamkeiten hinsichtlich der beschriebenen Symptomatik, Einzelheiten sind aus der Zusammenstellung der Herzerkrankungen (Seite 22) zu entnehmen.

Die Häufung der Todesfälle im fünften Lebensdezenium sei noch erwähnt, 6 Fälle = 50 %. Je zwei Fälle liegen im vierten und sechsten sowie einer im siebten Dezenium.

Die aufgenommenen Ermittlungen wurden eingestellt, da nach dem Ergebnis der Leichenöffnung der Tod auf eine natürliche Ursache zurückgeführt werden konnte. Drei Fälle seien wegen ihrer besonderen Problematik kurz dargestellt:

Fall 4 (L 533/73): Bereitschaftsarzt injizierte bei stenokardischem Anfall Buscopan®.

Die 43jährige J. L. verspürte nachmittags Übelkeit und Schmerzen in der Herzregion, die in den linken Arm ausstrahlten. Als am nächsten Morgen keine Zustandsänderung eintrat, wurde ein Notfallarzt gerufen, der nach Untersuchung als Diagnose einen stenokardischen Anfall angab. Er injizierte sofort das Medikament Buscopan® von nicht erkennbarer Menge intravenös, weiterhin stellte er ein Rezept für Goviltabletten® aus.

Nach kurzem Schlaf litt die Patientin immer noch unter starken Schmerzen. Daher wurde die Feuerwehr zwecks Einweisung in ein Krankenhaus gerufen. Bei der Einlieferung konnte man nur noch den bereits eingetretenen Tod feststellen.

Die Obduktion ergab eine stenosierende Koronarsklerose (Verschluß der rechten Herzkranzschlagader), die als Todesursache anzusehen war.

Fall 5 (L 288/70): Behandelnder Arzt gibt nur "geringfügige Krankheiten" an. Todesursache: Koronaratheromatose mit Herzinfarkt.

Die 45jährige I.W. klagte in letzter Zeit häufig über starken Luftmangel und war am 2. 7. deswegen bei ihrem Hausarzt in Behandlung. In der Nacht zum 3. 7. mußte sie heftig erbrechen, wobei sie eine "Gesichtsverfärbung" aufwies. Durch die Feuerwehr wurde sie in ein Krankenhaus eingeliefert, wo nur noch der Tod festgestellt werden konnte.

Der behandelnde Arzt gab bei einer Rücksprache an, Frau W. habe bei ihm nur wegen geringfügiger Krankheiten in Behandlung gestanden und ihm sei der plötzliche Tod unverständlich. Er bat, um ein Fremdverschulden am Tode ausschließen zu können, eine Obduktion der Leiche durchzuführen.

Obduktionsergebnis: Koronaratheromatose, Myokardinfarkt. "Es fanden sich die drei Hauptäste der Herzkranzschlagadern durch gelbliche Innenpolster hochgradig lichtungseingeengt, die Restlichtung im absteigenden Ast der linken Herzkranzschlagader war durch graubraune Auflagerungen verschlossen und die Vorder- und Hinterwand des Herzens von frischeren und älteren Schwielen durchsetzt. Auch die übrigen Körperschlagadern sowie die Schlagadern des Gehirns zeigten zahlreiche polsterförmige, gelbliche Innenhauteinlagerungen."

Fall 6 (L 302/70): Diagnose des Hausarztes: "schwere Herzkranzschlagader-Verkalkung". Obduktionsergebnis: Aortenklappenstenose bei extrem vergrößertem Herzen (890 g).

Der 68jährige F. L. betrat eine Apotheke, um sich die Medikamente eines am Vortage ausgestellten Rezeptes abzuholen. Plötzlich setzte er sich auf einen Hocker, atmete schwer und fiel auf den Erdboden. Der herbeigerufene Bereitschaftsarzt konnte nur noch den Tod feststellen.

Bei der nachträglichen Befragung gab der behandelnde Arzt an, daß Herr L. seit Jahren bei ihm wegen schwerer "Herzkranzgefäßverkalkung" in Behandlung gewesen sei und noch gestern bei ihm war. Dabei habe die Pulsfrequenz 40 Schläge/min betragen. Angaben über auskultatorische oder perkutorische Untersuchungsergebnisse des Herzens wie auch therapeutische Maßnahmen des Arztes waren den Ermittlungsakten nicht zu entnehmen.

Das Obduktionsergebnis lautete: Aortenklappenstenose bei extrem vergrößertem Herzen (890 g). Hochgradige Koronarsklerose, Herzmuskelschwielen. Stauungsinduration der inneren Organe, arterio-arteriolosklerotische Schrumpfnieren.

3. Lungenerkrankungen

Sechs Fälle sind in diese Gruppe einzuordnen. In drei Fällen war eine Pneumonie und in zwei Fällen eine Lungenembolie sowie einmal ein Vagusreflextod nach Fremdkörperaspiration die Todesursache.

Wegen ihrer besonderen äußeren Umstände seien alle sechs Fälle hier ausführlich dargestellt:

Fall 7 (L 372/74): Haftfähigkeit von Internisten festgestellt. Obduktionsergebnis: Pneumonie.

Der 37jährige W. L. wurde in betrunkenem Zustand von Polizeibeamten aufgegriffen und einer Ausnüchterungszelle zugeführt. Dort befand sich ein für die Abnahme von Blutalkoholproben zuständiger Internist, der einen normalen Pulsschlag und eine normale Pupillenreaktion feststellte und daraufhin die Haftfähigkeit bescheinigte. Der Patient war bei der Untersuchung jedoch nicht in der Lage, aufzustehen und vernünftige Antworten zu geben.

Fünf Stunden nach dieser "Untersuchung" wurde der Mann sehr unruhig, man holte den gleichen Arzt nochmals herbei. Dieser wiederholte die beiden gleichen Untersuchungen (Pulsschlag und Pupillenreaktion), stellte "nichts Besonderes" fest und entfernte sich ohne Therapie. Sechs Stunden danach wurde der Inhaftierte tot in der Zelle aufgefunden. Die Obduktion ergab eine lobäre Pneumonie als Todesursache.

Der Internist gab bei Rücksprache an, daß er ausschließlich zur Blutentnahme eingeteilt gewesen sei und mit Untersuchungsgeräten wie auch Medikamenten nicht wie ein Notfallarzt ausgerüstet gewesen sei. Die Symptome einer Lungenentzündung habe er nicht feststellen können, er habe "ja auch nicht eingehend untersucht und abgehört." Der Patient habe sich kühl angefühlt, während bei Lungenentzündung dieses Symptom seiner Meinung nach an den warmen Körpertemperaturen auffällig sei und Anlaß für weitere Untersuchungen biete.

Fall 8 (L 405/73): Hausarzt injizierte bei Routinebesuch stärkeres Schmerzmittel. Dabei verwandte er unsterile Einmalspritze von der zurückliegenden Behandlung.

Wegen starker Schmerzen nach einer Pankreas-Operation machte der Hausarzt wöchentliche Routinebesuche bei dem 59jährigen G. H. Der Arzt injizierte daher das Opiat Dolantin^R. Er bat jedoch die Ehefrau des G. H., die benutzte Spritze wie auch die Einmalkanüle aufzuheben, um beide Teile beim nächsten Male wieder verwenden zu können. Dies geschah drei Tage später bei der nächsten Untersuchung. Der Patient klagte dabei zusätzlich über Halsschmerzen, worauf der Arzt ihm ein "stärkeres Schmerzmittel" mit dem bereits benutzten Injektionsgerät verabreichte.

Der Arzt sagte seinen Hausbesuch für den nächsten Tag zu. Am nächsten Morgen verschlechterte sich der Zustand so sehr, daß der Patient ins Krankenhaus eingeliefert wurde. Dort stellte man nur noch den bereits eingetretenen Tod fest.

Die gerichtliche Obduktion stellte eine abszedierende, konfluierende Bronchopneumonie als Todesursache fest. Die Ehefrau des Verstorbenen, von Beruf Krankenschwester, beklagte sich bei der polizeilichen Vernehmung über die zweimalige Verwendung von Spritze und Kanüle, obwohl sie sonst mit dem Arzt zufrieden gewesen sei.

Fall 9 (L 64/70): Hausarzt hatte Verdacht auf Herzinfarkt. Todesursache war eine Pneumonie. 38jähriger Patient.

Dem Hausarzt war der 38jährige K. L. als Alkoholiker bekannt. Wegen Schmerzen in der linken Brustseite verordnete der Arzt nach Untersuchung in seiner Praxis Einreibungsmittel und Tabletten gegen Bronchitis. Die Schmerzen ließen jedoch nicht nach und verstärkten sich noch. Als er zwei Tage darauf keine Nahrung zu sich nahm und röchelte, kam der Hausarzt zum Patienten. Er injizierte ein Pyrazolonderivat (Irgapyrin^R) intramuskulär und führte ein Suppositorium (Spasmo Gelonida^R) ein. Dem Arzt kamen aber Bedenken, äußerte den Verdacht eines Herzinfarkts und wollte den Patienten in ein Krankenhaus einweisen, was dieser jedoch ablehnte. Danach verschlechterte sich der Zustand stark, die Feuerwehr lieferte den Patienten in ein Krankenhaus ein. Dort wurde bei der Aufnahme der bereits eingetretene Tod festgestellt.

Die Obduktion ergab eine lappenfüllende Pneumonie als Todesursache, die makroskopische Untersuchung von Herz und Leber war ohne Befund.

Das Ermittlungsverfahren und die Obduktion wurden eingeleitet, weil der Vater des Verstorbenen Zweifel am natürlichen Tod seines Sohnes hatte und er eine Vergiftung durch seine Schwiegertochter wegen der zerrütteten Ehe nicht ausschloß. Die chemisch-toxische Untersuchung bestätigte diesen Verdacht nicht.

Fall 10 (L 117/75): Schwäche- und Schwindelanfälle einer 69jährigen Patientin unterschätzt. Obduktionsergebnis: massive Lungenembolie.

Der Hausarzt wurde wegen seit einigen Tagen bestehenden Schwäche- und Schwindelanfällen zu der 69jährigen E. H. gerufen. Mit nicht näher bezeichneten Medikamenten versorgte er die Patientin nach der Untersuchung. Am nächsten Morgen wurde sie tot aufgefunden.

Die Obduktion ergab eine massive Lungenembolie als Todesursache. Außerdem wurde eine Thrombose der linken Schenkelblutader vom Leistenband bis in die Kniekehle gefunden sowie Reste einer Thrombose in der rechten Kniekehlenblutader. Das Herz war hypertroph (Gewicht 565 g) bei Koronarsklerose mittleren Grades. Hirn- und Lungenödem, Lebergewicht (2 250 g).

Der Sohn der Verstorbenen, ein promovierter Chemiker, äußerte Bedenken gegen die Behandlungsweise des Arztes in heftigster Form. Nach seiner Meinung hätte dieser eine Krankenhauseinweisung veranlassen müssen.

Fall 11 (L 471/74): Nach Appendektomie starke Rückenschmerzen, Fieber und Tachykardie. Todesursache: Lungenembolie.

Bei der 34jährigen E. E. war eine Appendektomie vorgenommen worden. 14 Tage später stellten sich heftige Rückenschmerzen ein, so daß der Hausarzt zum Patienten gerufen wurde. Dieser verabreichte "wegen leichter Temperaturerhöhung und Herzjagen" Pulsnormatabletten® und Cordintropfen®. Er bestellte den Patienten für den nächsten Tag in seine Praxis, um dort ein EKG anfertigen zu lassen. Nachdem dieses geschrieben war, schickte er sie für den folgenden Tag zu einem Röntgeninstitut zur weiteren Diagnostik. Dort krümmte sich die Patientin plötzlich im Warterzimmer, zeigte starke Atemnot und verstarb kurz darauf.

Das Obduktionsergebnis stellt eine Lungenembolie als Todesursache fest. Außerdem wurden Thromben in der linken Beckenvene gefunden. Weiterhin bestand ein Hirn- und Lungenödem bei Zustand nach Appendektomie.

Der Ehemann der Verstorbenen erstattete Strafanzeige wegen fahrlässiger Tötung. Das Verfahren wurde von der Staatsanwaltschaft aufgrund des Obduktionsgutachtens eingestellt; darin steht, daß es erfahrungsgemäß nicht selten nach Operationen bei beeinträchtigtem Kreislauf in der Umgebung des Operationsgebietes zu Gerinselbildung mit nachfolgender Thrombose komme.

Fall 12 (L 152/72): Junge verschluckte Plastikprojektil.

Nach negativem Röntgenbefund aus Krankenhaus entlassen.

Todesursache: Vagusreflextod nach Fremdkörperaspiration.

Der 10jährige D. B. verschluckte beim Spielen ein Plastikprojektil und wurde sofort der Rettungsstelle eines nahegelegenen Krankenhauses zugeführt. Bei der dortigen Untersuchung wurde vom Arzt "nichts festgestellt", weil die Röntgenaufnahme des Magen-Darm-Traktes keinen Befund ergeben habe, "da das Verschluckte aus Plastik ist". Da dem Arzt auch die Atmung unauffällig erschien, wurde die Mutter mit dem Jungen unter Hinweis auf weitere ärztliche Konsultation bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes entlassen.

Da das Kind in der folgenden Nacht unruhig war und Schmerzen beim tiefen Einatmen über der Magengrube angab, wurde am nächsten Morgen der Hausarzt aufgesucht. Dieser verließ sich auf die Krankenhausuntersuchung und sagte, es sei kein Problem.

Die nächste Nacht zeigte das Kind wiederum Unruhe und war leicht fieberhaft (38°C). Am folgenden Morgen erbrach der Junge, rief kurz darauf laut um Hilfe und zeigte weder Spontanatmung noch Herzaktionen.

Nach Einlieferung in ein Krankenhaus wurde sofort eine Reanimation vorgenommen, die erfolgreich war. Anschließend wurde mit dem Bronchoskop aus dem rechten Hauptbronchus ein Kunststoffprojektil von der Größe 1 x 2 cm entfernt. Trotz Weiterbehandlung auf der Intensivstation verstarb der Junge drei Tage nach der Entfernung des Plastikteils.

Die gerichtliche Obduktion stellte eine massive Hirnschwellung als Folge des zeitweiligen schweren Sauerstoffmangels durch die Fremdkörperaspiration fest. Für die weitere Begutachtung in dem Ermittlungsverfahren gegen den erstuntersuchenden Krankenhausarzt wegen eventuellen Verstoßes gegen die ärztliche Kunst - da er keine bronchoskopische Untersuchung dieses Patienten veranlaßt habe -

empfahl der rechtsmedizinische Gutachter, das Gutachten eines erfahrenen Arztes für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten zu diesem Komplex herbeizuziehen. Der zunächst hierfür vorgesehene Professor dieses Fachgebietes lehnte seine Stellungnahme wegen möglicher Befangenheit gegenüber der zu ermittelnden Person ab, da der Beschuldigte bei ihm während seines Staatsexamens in dem Fachgebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde geprüft worden sei und die Note "nicht genügend" erhalten habe. Dieses Ergebnis habe dazu beigetragen, daß der Beschuldigte sein gesamtes medizinisches Staatsexamen durch Beschluß der Prüfungsbehörde nicht bestanden habe und eine Wiederholung notwendig wurde.

Daher wurde ein auswärtiger Fachprofessor um sein schriftliches Gutachten gebeten. Dieser stellte nach seiner Meinung nicht die Hypoxie durch mangelnde Sauerstoffzufuhr in den Vordergrund der Todesursache, sondern einen plötzlichen Atem- und Herzstillstand infolge mechanischer Alteration im Vagusbereich als sogenannten Vagusreflextod, der durch rechtzeitige endoskopische Fremdkörperextraktion jedoch hätte verhindert werden können. Er könne den Beschuldigten, wenn dieser als selbständig Entscheidungsbefugter tätig war, nicht von dem Vorwurf freisprechen, gegen die Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen zu haben, indem er keine Überweisung zur bronchoskopischen Untersuchung veranlaßt habe.

Die Hauptverhandlung mit Anhörung aller Zeugen und Sachverständigen fand vier Jahre nach dem Ereignis vor dem Schöffengericht statt. Die Aussagen des medizinischen Sachverständigen waren während der Verhandlung und insbesondere in der Frage, ob der Beschuldigte gegen die Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen habe, nicht ebenso eindeutig wie in seinem schriftlichen Gutachten. Die Schuld des Angeklagten wurde danach als so gering angesehen, daß das Verfahren gegen Zahlung einer Buße von 2 000 DM nach § 153a StPO eingestellt wurde. Das Gericht ging dabei von der Überlegung aus, daß der Beschuldigte als Assistenzarzt noch nicht über die für die Beurteilung eines solchen Falles notwendige medizinische Erfahrung verfügt habe und somit die Schuld nicht eindeutig nachweisbar war.

4. Abdominalerkrankungen

Die fünf Fälle dieser Gruppe lassen sich aufteilen in je zwei Fälle mit der Todesursache Blutung in die Bauchhöhle bzw. Darmverschluß sowie einmal eine Peritonitis. Beide Blutungen sind von Krankenhausärzten nicht erkannt worden, von Ärzten also, die größere diagnostische Möglichkeiten besaßen als Ärzte in der Praxis oder während des Bereitschaftsdienstes. In den anderen drei Fällen war ein Bereitschaftsarzt zur Hilfe gerufen worden, wobei Schmerzen das angegebene Hauptsymptom waren. Auffällig ist das hohe Alter der Patienten mit 73 und 75 Jahren, bei denen ein Darmverschluß die Ursache für den letalen Ausgang war.

Auch diese Fälle enthalten allesamt interessante Begleitumstände, wie man der Zusammenstellung (Seite 24) entnehmen kann. Es ragt jedoch der Fall des 41jährigen H. K. besonders heraus, sowohl in bezug auf ärztliches Verhalten als auch im Ergebnis des Ermittlungsverfahrens. Daher sei hier dieser Fall dargestellt:

Fall 13 (L 658/72): Innere Verletzungen nach Unfall von Ärzten der Rettungsstelle verkannt. Todesursache: Blutung aus Leberzerreißung bei multiplen Frakturen.

Am Nachmittag des Heiligen Abends (24. Dezember) wurde der 42jährige Pkw-Fahrer H. K. unter Alkoholeinfluß bei einem Verkehrsunfall (Frontalzusammenstoß) verletzt und durch die Feuerwehr zur Rettungsstelle des nächsten Krankenhauses gebracht.

Dort untersuchten ihn zwei Ärzte sowie ein Medizinalassistent. Schriftlicher Befund: "Keine wesentlichen äußeren Verletzungen, vereinzelte Schürfwunden. Kein Anhalt für Frakturen. Diagnose: Kollaps-Zustand bei C_2H_5OH , Rippenprellung rechts. Therapie: Akomacrodex.

Bemerkungen: Patient ist renitent, wehrt sich und läßt sich nicht untersuchen."

Den wartenden Polizeibeamten wurde mitgeteilt, daß der Mann volltrunken sei, keine ärztliche Versorgung benötige und ab-

transportiert werden solle. Auf eine klaffende, ca. fünfmarkstückgroße Wunde aufmerksam gemacht, bemerkten die Ärzte, daß dies nicht von Bedeutung sei und von selbst heilen würde. Eine Haftfähigkeits-Bescheinigung wurde daraufhin ausgestellt. Die Beamten stellten dabei auch Alkoholgeruch bei Dr. R. fest. Der Verletzte wurde zur Ausnüchterungsstelle gebracht. Dort wurde ein Arzt zur Blutabnahme herbeigezogen, der jedoch eine sofortige Krankenhauseinweisung wegen akuter Lebensgefahr veranlaßte.

Dieser Arzt gab später zu Protokoll: "Der Mann, dem ich Blut abnehmen sollte, lag im Zellenraum zum Teil auf einer Trage, zum Teil auf der Erde und war bis auf eine Badehose unbekleidet. Er war unterkühlt, nicht ansprechbar, die Haut war blaß, die Beine waren kalt. Diese genannten Symptome sind Zeichen für einen schweren Schock. Radialis- und Brachialis-Puls waren nicht fühlbar. Auf dem linken Handrücken befand sich eine ca. fünfmarkstückgroße, unversorgte Wunde mit Hautdefekten und Schmutzrändern. Aufgrund seines Schockzustandes lagerte ich den Verletzten in Kopftieflage, wobei mir auffiel, daß der Patient eine Verletzung an der rechten Schulter hatte, die ich als Abspaltung des Akromio-Klavikulargelenks deutete. Möglicherweise bestanden ebenfalls Rippenfrakturen. Auf meine Veranlassung wurde dann die Feuerwehr gerufen, weil meiner Meinung nach Lebensgefahr bestand..."

Nach Einlieferung in ein anderes Krankenhaus starb dort K. sechs Stunden nach dem Unfall.

In der Zwischenzeit waren Polizeibeamte zu dem erstbehandelnden Arzt, Dr. R., zurückgefahren, um auch bei ihm wegen des auffällig gewordenen Alkoholgeruchs eine Blutentnahme vornehmen zu lassen. Dr. R. weigerte sich, zum Zweck der Blutentnahme zur Polizeiwache zu kommen. Der herbeigerufene Oberarzt, bei dem die Beamten ebenfalls Alkoholgeruch wahrgenommen haben wollen, widersetzte sich, Dr. R. zur Blutentnahme zu entlassen, da sein Krankenhausbereich dann ärztlich nicht ausreichend versorgt sei. Bei einem möglichen Notfall könne er keine Verantwortung unter diesen Umständen übernehmen. Aus diesem Grund konnte keine Blutentnahme vorgenommen werden.

Bei der gerichtlichen Obduktion war als Todesursache eine innere Verblutung ausgehend von einer Leberzerreißung (hauptsächlich des rechten Lappens) bei multiplen Frakturen an der rechten Seite (Schlüsselbeinschultergelenk, Rippen, Becken) festgestellt worden.

Bei der Schwere der Verletzungen wäre somit der tödliche Ausgang auch bei rechtzeitiger Feststellung nicht abzuwenden gewesen. (Schlußfolgerung des untersuchenden Rechtsmediziners)

Das gegen die Krankenhausärzte eingeleitete Ermittlungsverfahren wegen des Verdachts der unterlassenen Hilfeleistung war aufgrund des Ergebnisses der gerichtlichen Leichenöffnung vor Anklageerhebung eingestellt worden.

5. Intrakranielle Blutungen

In allen fünf Fällen dieser Gruppe war in der Vorgeschichte Alkoholkonsum angegeben worden. Es handelte sich ausschließlich um Männer, die verschiedene Symptome von Trunkenheit zeigten. Daher hielten in vier Fällen die Polizeibeamten, Feuerwehrleute sowie auch in einem Fall der Heimfürsorger die ärztliche Untersuchung nicht für notwendig und ließen die alkoholisierten Personen lediglich ihren Rausch ausschlagen. Da diese Art der Verknennung bei alkoholisierten Personen nicht selten ist, seien diese Fälle hier aufgeführt. In allen Fällen ergab der Obduktionsbefund intrakranielle Blutungen verschiedener Lokalisationen als Todesursache. In einem Fall sollte ein Bereitschaftsarzt die Verwahrfähigkeit eines Angetrunkenen prüfen:

Fall 14 (L 317/71): Bereitschaftsarzt stellte die Verwahrfähigkeit eines Betrunkenen fest. Todesursache: zentrale Hirnblutung.

Morgens um vier Uhr wurde der 45jährige Zuschneider W. N. in hilflosem, betrunkenem Zustand auf einem Gehweg liegend aufgefunden. Er wurde zu Fuß dem Polizeirevier zugeführt. Dort untersuchte ihn ein Bereitschaftsarzt auf seine Verwahrfähigkeit, die der Arzt auch mit der Diagnose "Trunkenheit" bescheinigte.

Sechs Stunden darauf war der benommene Zustand nicht verändert, und er wurde der Universität zugeführt. Bei der dortigen eingehenden Untersuchung wurde eine rechtsseitige Lähmung, Sprachverlust und Blutgerinnsel im Gehirn festgestellt. Am Nachmittag des folgenden Tages verstarb der Patient. Die gerichtliche Obduktion ergab eine zentrale Hirnblutung im Bereich des linken Kerngebietes mit Einbruch in das Kammer-system als Todesursache.

Seitens der Witwe wurde Strafanzeige gegen den Bereitschaftsarzt und gegen die Polizeibeamten wegen fahrlässiger Tötung gestellt. Gutachtlich wurde festgestellt, daß auch bei richtiger Diagnose des Bereitschaftsarztes dies bei der Art der Blutung keinen Einfluß auf die Therapie gehabt hätte. Sie hätte lediglich früher begonnen werden können, was den tödlichen Ausgang jedoch auch nicht verhindert hätte. Daher wurde das Ermittlungsverfahren vor Anklageerhebung eingestellt.

Fall 15 (L 148/74): Betrunkener von Polizisten trotz Kopfwunde zur Ausnüchterung aufs Bett gelegt. Todesursache: Marklagerblutung bei Schädelhirntrauma.

Nach einer Zechtour wurde der angetrunkene 20jährige L. B. von zwei Polizeibeamten auf der Treppe seines Hauses liegend angetroffen. Sie transportierten ihn in sein Bett, "wo er sofort weiter schnarchte".

Im Polizeibericht steht weiter: "Am Hinterkopf konnte durch das Abfühlen eine verkrustete Wunde festgestellt werden. Durch den Haarwuchs konnte nicht festgestellt werden, um was es sich dabei für eine Wunde handelte." Am nächsten Morgen wurde der junge Mann tot in seinem Bett aufgefunden.

Die gerichtliche Obduktion wies eine zentrale Marklagerblutung infolge eines Schädelhirntraumas als Todesursache auf. Weiter ergab sich ein BAK von 1,76 o/oo sowie blutunterlaufene Schürfungen an der linken Hinterhauptseite.

6. Stoffwechselstörungen

In beiden Fällen dieser Gruppe handelte es sich um männliche Personen, die an den Folgen eines diabetischen Komas verstorben waren. Die hierfür typischen Symptome wie Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Schwächegefühl, Müdigkeit und verstärktes Durstgefühl sind nur teilweise im Fall des 42jährigen H. R. beschrieben, während im zweiten Fall lediglich Halsschmerzen und Atemnot als Hauptsymptome angegeben sind.

Fall 16 (L 507/71): Hausärztin diagnostizierte leichten Nervenzusammenbruch, Bereitschaftsarzt injizierte Psychopharmaka. Todesursache: Diabetisches Koma.

Der 42jährige Beamte H. R. hatte seit Monaten Überstunden gemacht und klagte seit einigen Tagen über Unwohlsein, Übelkeit und Schmerzen am ganzen Körper. Als er sich in der folgenden Nacht mehrmals übergeben mußte, suchte er tags darauf seine Hausärztin auf, die ihn eingehend untersuchte und als Folge seiner angegebenen Überarbeitung einen "leichten Nervenzusammenbruch" diagnostizierte.

Sie versicherte den Patienten, daß er organisch völlig gesund sei, und verschrieb ihm Valium 5. In den nächsten zwei Tagen trat keine Besserung ein, und der Patient mußte sich häufig übergeben. Als sich am nächsten Tag der Zustand verschlechterte,

wurde ein Bereitschaftsarzt gerufen, der "kurz untersuchte und keine Diagnose gestellt" haben sollte. Er verabreichte jedoch eine intramuskuläre und zwei intravenöse Injektionen (Baralgin®, Valium® und Psyquil®). In der folgenden Nacht verstarb der Patient.

Der Obduktionsbefund ergab als mögliche Todesursache ein diabetisches Koma bei eitriger Bronchitis.

Fall 17 (L 26/70): Wegen Halsschmerzen mit Antibiotika behandelt. Todesursache: Diabetisches Koma.

Der 38jährige K. B. war mit einer Krankenschwester verheiratet. Er litt seit zwei Tagen unter Halsschmerzen und Schluckbeschwerden. Frau B. ging daher zu einem Arzt, den sie von ihrer früheren Krankenhaustätigkeit kannte, schilderte den Zustand und bekam Anaesthesin-Tabletten® für ihren Mann verordnet.

Als sich der Zustand während der Nacht verschlechterte, gab sie ihm Penicillin und Kreislaufmittel. Da keine Zustandsbesserung eintrat und der Patient sehr unruhig wurde, rief sie den bekannten Arzt hinzu, der laut Angaben das "Dreifach-Präparat Micepeen" verordnete, was Frau B. spritzte. Daraufhin wurde der Patient etwas ruhiger. Am kommenden Morgen ging es ihm jedoch so schlecht, daß Frau B. die Feuerwehr anrief und ihren Mann in ein Krankenhaus bringen ließ, wo bei der Einlieferung nur noch der Tod festgestellt wurde.

Das Ergebnis der gerichtlichen Obduktion lautete: Keine grob-krankhaften Organveränderungen, stark positiver Harnzucker. Bei Mangel einer anderen Todesursache war somit ein diabetisches Koma als ursächlich für den tödlichen Ausgang anzunehmen.

7. Infektionskrankheiten

Bei den zwei Fällen dieser Gruppe waren schon bei der ärztlichen Untersuchung stark erhöhte Körpertemperaturen festgestellt worden. Der siebenjährige B. S. wurde wegen 40° C Fieber dem Kinderarzt vorgestellt. Diagnose: "Grippaler Infekt". Therapie: "Fieberzäpfchen". Todesursache: eitrige Haubenmeningitis. Der andere Fall des 36jährigen D. W. soll wegen der hierzulande seltenen Malaria tropica ausführlich dargestellt werden:

Fall 18 (L 76/74): Hausarzt beharrte bei hohem Fieber des von Afrikareise zurückgekehrten Patienten auf Grippediagnose. Todesursache: Malaria tropica-Infektion mit Milzruptur.

Bei der Rückkehr aus zwei afrikanischen Ländern verspürte der 36jährige D. W. starke Kopf- und Gliederschmerzen und stellte fieberige Körpertemperaturen fest. Daher suchte er seinen Hausarzt auf, schilderte ihm seine Beschwerden wie auch seine Heimkehr von einer Afrikareise. Der Arzt stellte 40,5° C Fieber fest und diagnostizierte eine Grippe unter Anspielung darauf, daß in Berlin gerade eine "Grippewelle" herrsche. Er verordnete das Antibiotikum Isocillin-Mega[®]. Als der Patient zuhause kurz darauf einen Schüttelfrost bekam und das Fieber auf 41° C anstieg, suchte ein Bekannter des Erkrankten nochmals am gleichen Tage den behandelnden Hausarzt auf, schilderte die neue verschlechterte Situation und wies abermals auf die mit der Afrikareise in Zusammenhang stehende Infektionsmöglichkeit hin. Außerdem habe der Patient eine Resochin[®]-Prophylaxe gegen eine Malaria-Infektion nicht durchgeführt.

Der Arzt beharrte jedoch auf seiner Diagnose und deren Therapie. Er empfahl Kopfschmerztabletten und Brennspiritus-Umschläge gegen das Fieber als zusätzliche Maßnahmen. Als trotz dieser Therapie keine Besserung des Zustandes eintrat und zusätzlich Bewußtseinsstörungen beschrieben wurden, kam der Arzt zwei Tage nach der ersten Untersuchung ins Haus des Patienten. Bei der Auskultation von Herz und Lunge schloß der Arzt eine Lungenentzündung aus und blieb weiterhin bei seiner Diagnose "Grippe". Er unterstrich die Richtigkeit seiner Therapie.

Als am nächsten Tage der Zustand gleichbleibend schlecht war, ging die Mutter in die Arztpraxis und wünschte die Einweisung in ein Krankenhaus, was der Arzt durch ein Telefonat für den gleichen Tag veranlaßte. Bei der Aufnahme am späten Nachmittag wurde noch Blut abgenommen und im Labor untersucht. Desgleichen geschah am nächsten Tag. Es wurde hierbei kein Hinweis auf eine Malaria-Erkrankung gefunden. Die Krankenhausärzte vermuteten nun eine Typhusinfektion und behandelten mit dem Antibiotikum Chloramphenicol. Am dritten Tag des Krankenhausaufenthaltes wurde eine Gelbfärbung der Haut festgestellt wie auch eine deutliche Vergrößerung der Milz. Vom Labor erfuhr man nun das Ergebnis des dritten Blutbildes: In jedem dritten Erythrozyten waren Malaria-tropica-Parasiten zu sehen.

Daher erfolgte Einweisung in die Infektionsabteilung eines anderen Krankenhauses. Dort ergab die Blutuntersuchung einen Parasitenbefall von 50 % der Erythrozyten. Daraufhin wurde eine Tropfinfusion mit dem Antimalaria-Mittel Resochin eingeleitet. Kurz darauf kam es zum Kreislaufschock mit Herzstillstand. Die Reanimationsversuche blieben erfolglos.

Gegen den behandelnden Hausarzt wurde ein Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Tötung seitens der Staatsanwaltschaft eingeleitet, wobei der Bruder des Verstorbenen als Nebenkläger auftrat. Bei der gerichtlichen Leichenöffnung stellte sich eine Milzruptur infolge der Malaria-tropica-Infektion als Todesursache heraus. Die Milz war stark vergrößert (1.080 g) mit gezackten Rupturen. In die freie Bauchhöhle war eine Blutmenge von ca. 1 000 ml ausgetreten.

Der Fall kam zur gerichtlichen Verhandlung vor dem Landgericht unter Anhörung der Zeugen und Sachverständigen. Laut Gerichtsbeschuß wurde der beschuldigte Hausarzt freigesprochen. Entscheidend hierfür waren die Aussagen eines anerkannten Tropenmediziners, der unter anderem ausführte: "Manchmal sind die Erreger der Malaria tropica in den ersten Tagen nicht zu fassen. Es gibt Dutzende von Krankheiten, die ganz ähnlich wie die Malaria tropica anfangen. Der Beschuldigte hat seine Pflicht als Arzt nicht vernachlässigt."

8. Hals-, Nasen-, Ohrenerkrankungen

Die zwei Fälle dieser Gruppe veranschaulichen deutlich die Möglichkeit der Verkennung lebensbedrohlicher Situationen. Es handelt sich um zwei junge Männer im Alter von 27 und 30 Jahren. Beide Fälle werden im folgenden beschrieben:

Fall 19 (L 423/75): Betriebsarzt diagnose lautete: Halsschmerzen. Obduktionsbefund: Glottisödem mit Abszedierung.

Die Vorgeschichte des 27jährigen I. E. ist sehr kurz: Er verspürte während der Arbeitszeit starke Halsschmerzen und suchte daher den Betriebsarzt auf. Dieser stellte, wie eine ebenfalls dort tätige Ärztin, die Diagnose "Halsschmerzen" ohne nähere Untersuchung. Er stellte ihm ein Papier zum Verlassen des Betriebsgeländes aus, damit er sich zu Hause auskurieren sollte.

Der junge Mann, es handelte sich um einen türkischen Gastarbeiter, brach schon kurz vor Erreichen des Werkstores zusammen. Mit der Feuerwehr wurde die Einweisung in ein Krankenhaus vorgenommen, wo jedoch nur noch der bereits eingetretene Tod festgestellt werden konnte.

Bei der gerichtlichen Leichenöffnung stellte sich ein frisches Glottisödem mit Abszedierung als Todesursache heraus.

Fall 2o (L 14/76): Bereitschaftsarzt stellte "nichts Ernstes" fest. Obduktionsbefund: hühnereigroßer Nackenfurunkel als Todesursache.

Der 30jährige M. V. lebte nach seiner Scheidung wieder bei seiner Mutter. Wegen seelischer Belastung nahm er immer häufiger alkoholische Getränke zu sich und fühlte sich seit einiger Zeit nicht wohl. Als er keine feste Nahrung mehr zu sich nehmen konnte, da seine Zunge geschwollen war und er die Zähne kaum auseinander bringen konnte, wurde der Bereitschaftsarzt gerufen. Dieser stellte laut polizeilichem Bericht "nichts Ernsteres" fest. Am nächsten Tag trat keine Besserung ein, der Patient verhielt sich weiterhin ruhig. Am Abend setzten Atembeschwerden ein. Als um Mitternacht keinerlei Atembewegungen mehr sichtbar waren, wurde wiederum ein Bereitschaftsarzt gerufen, der jedoch nur noch den bereits eingetretenen Tod feststellen konnte. Um ein Fremdverschulden auszuschließen, wurde eine Obduktion angeregt.

Diese ergab einen hühnereigroßen Nackenfurunkel mit Zerfallshöhle als Todesursache bei Milzschwellung und starkem Kopflausbefall der Haare. Die bakteriologische Untersuchung des Eiterabstriches wies A-Streptokokken nach, die empfindlich gegen Penicillin, Tetracyclin, Cloramphenicol und Spiramycin waren.

Da es sich um den jüngsten der beschriebenen Fälle handelte und die aufgeführten Symptome des kriminalpolizeilichen Berichtes recht spärlich erschienen, wurde die Mutter des Verstorbenen vom Verfasser aufgesucht und um ausführliche Darstellung gebeten. Sie schilderte nochmals den mäßigen Allgemeinzustand ihres Sohnes vor dem Tode, der hauptsächlich durch Appetitmangel und Alkoholkonsum entstanden sei. Zwei Tage vor seinem Tod habe er über Kopfschmerzen und eine geschwollene Zunge geklagt, den Mund hätte er nicht öffnen können. Daher bekam er flüssige Nahrung, wobei über Schluckbeschwerden nicht geklagt wurde. Er habe nur eine Gefühllosigkeit in den Händen und Füßen angegeben. Fiebrige Temperaturen hätten nicht vorgelegen.

Der Besuch des Bereitschaftsarztes erfolgte ca. 30 Minuten nach telefonischer Anforderung. Dieser Arzt hätte keinerlei körperliche Untersuchungen vorgenommen, sondern habe angeblich in "barschem Ton" gesagt, daß der Patient essen solle, und er, der Bereitschaftsarzt, nur schwere Fälle ins Krankenhaus überweisen könne. Er habe noch auf einen Arztbesuch am folgenden Tage verwiesen und die Wohnung nach ca. 5 Minuten wieder verlassen.

Weil sich der Patient am nächsten Tag ruhig im Bett verhielt und nicht klagte, sah seine Mutter keine Veranlassung, nochmals einen Arzt zu rufen. Erst als sich um Mitternacht Atembeschwerden einstellten, habe sie wiederum einen Notfallarzt gerufen, der nur noch den bereits eingetretenen Tod feststellen konnte.

9. Sonstige Fälle

Abschließend seien noch drei Fälle ausführlich dargestellt, die sich aufgrund des Obduktionsbefundes nicht in eine der vorangegangenen Gruppen einordnen ließen.

Fall 21 (L 417/71): Krankenhausarzt sah keine bestehende Lebensgefahr bei Entlassung. Obduktionsergebnis: Lymphangiosis carcinomatosa.

Die 26jährige K. J. hatte wegen Kreislaufstörungen, Atemnot und Halsschmerzen das Krankenhaus aufgesucht. Die Patientin verließ nach einem Tag das Krankenhaus, da nach ihrer Meinung "dort nichts unternommen wurde". Am nächsten Tag klagte sie über Halsbeschwerden sowie Atemnot, was eine erneute Einlieferung in eine Klinik veranlaßte. Bei der Einlieferung konnte jedoch nur der bereits eingetretene Tod festgestellt werden. Der Stationsarzt des zuerst besuchten Krankenhauses gab an, daß das "dort angefertigte EKG, EEG sowie die Blutuntersuchungen keine bestehende Lebensgefahr erkennen ließen". Als Obduktionsergebnis und Todesursache stellte sich eine Lymphangiosis carcinomatosa der Lunge (unklarer Primärtumor) bei gestauter Leber und Milz heraus.

Fall 22 (L 353/70): Unterschätzung "starker Leibscherzen". Obduktionsergebnis: Nierenbeckenentzündung und größere Harnleitersteine.

Wegen starker Leibscherzen machte der Hausarzt bei der 72jährigen M. S. einen Krankenbesuch und gab nach der Untersuchung eine nicht näher bezeichnete Spritze. Außerdem verordnete er Medikamente. Am Abend setzte ein Schüttelfrost ein, daher wurde der Hausarzt nochmals gerufen. Bei dieser Untersuchung stellte er eine Nierenbeckenentzündung fest und verschrieb dagegen ebenfalls Medikamente. Als sich nach einigen Stunden der Zustand weiter verschlechterte, wurde die Einlieferung in ein Krankenhaus veranlaßt. Dort konnte nur noch der bereits eingetretene Tod festgestellt werden. Das Obduktionsergebnis bestätigte die Nierenbeckenentzündung bei schwerer entzündlicher Veränderung beider Nieren. Weiterhin wurden kleine Konkreme in beiden Nierenbecken und ein größerer Harnleiterstein auf der linken Seite gefunden.

Fall 23 (L 537/75): Notfallarzt stellte Haftfähigkeit eines betrunkenen Mannes fest. Obduktionsergebnis: Alkoholvergiftung bei 5,13 o/oo BAK.

Der 36jährige E. S. war in hilflosem, betrunkenem Zustand von der Polizei zur Ausnüchterungsstelle gebracht worden. Dort stellte der Notfallarzt die Haftfähigkeit fest. Der Patient schnarchte dabei in tiefer Bewußtlosigkeit. Als eine Stunde später keine Schnarchgeräusche mehr zu hören waren, wurde durch die Polizeibeamten die Einlieferung in ein Krankenhaus veranlaßt, wo nur noch der bereits eingetretene Tod festgestellt werden konnte. Bei der gerichtlichen Leichenöffnung ergaben sich keine krankhaften organischen Veränderungen. Die Blutalkoholkonzentration betrug 5,13 o/oo, die Harnalkoholkonzentration betrug 5,75 o/oo, so daß eine Alkoholvergiftung als Todesursache angenommen werden mußte.

V. DISKUSSION

Wie in der Einleitung bereits dargelegt worden ist, sind strafrechtliche Ermittlungen bei Todesfällen, die sich nachträglich als verkannte Notfälle darstellen, in ein gesetzlich geregeltes Untersuchungsverfahren und somit in ein juristisches Denksystem eingebettet.

Bei der Auswertung der dieser Studie zugrundeliegenden 52 Fälle war der Eindruck nicht abzuweisen, daß solche verkannten Notfälle in erster Linie ein medizinisches Problem darstellen, in dem Sinne nämlich, daß solche Ereignisse aus der nachträglichen Sicht aufgetretene Mängel in der ärztlichen Versorgung erkennen lassen und somit die genauere Klärung verkannter Notfälle einen Beitrag zur künftigen Verbesserung der Maßnahmen bei der Notfalldiagnostik leisten kann. Die juristischen Aspekte treten gegenüber dem Gesichtspunkt der ärztlichen Versorgung bei den Problemen der Notfallhilfe zweifellos zurück.

Da die empirischen Unterlagen für diese Studie bei gerichtlichen Obduktionen gewonnen wurden, empfiehlt es sich dennoch, die bearbeiteten Fälle zunächst unter rechtlichen Aspekten zu betrachten.

Wie im Abschnitt "Material und Methode" erwähnt, sind die Ermittlungs- bzw. Straftaten eingesehen worden, so daß hinsichtlich jedes einzelnen Falles die strafrechtlichen Konsequenzen geklärt werden konnten. Die Ermittlungen seitens der Staatsanwaltschaft beim Landgericht Berlin erfolgten in acht der 52 ausgewerteten Fälle zur Klärung des Verdachts einer eventuellen fahrlässigen Tötung (§ 222 StGB) bzw. einer unterlassenen Hilfeleistung (§ 330c StGB) gegen die behandeln-

den Ärzte. In den verbleibenden 44 Fällen waren die polizeilichen Ermittlungen zur Klärung der Todesursache unter besonderer Berücksichtigung der Frage aufgenommen worden, ob die Möglichkeit einer fremden Schuld am tödlichen Ausgang gegeben war, wobei eine bestimmte Person als möglicher Täter zunächst nicht in Betracht kam.

In zwei Fällen (Nr. 12 und Nr. 18) gelangte der Vorfall zur gerichtlichen Hauptverhandlung mit Anhörung von Zeugen und ärztlichen Sachverständigen.

Der Fall 18 zeigt exemplarisch, wie gefährlich vorgefaßte Meinungen und Gedankenabläufe für Diagnostik und Therapie sein können: Der Hausarzt bestand bei seinem aus Afrika zurückgekehrten, hoch fieberhaften Patienten auf seiner Grippediagnose und deren medikamentöse Behandlung. Die Hinweise der Angehörigen, daß eine andere Infektionserkrankung wegen der Afrika-Reise vorliegen könnte, wies er zurück. Bei der späteren Einweisung des Patienten in ein Krankenhaus ergab sich eine Malaria-Infektion als Ursache des fieberhaften Krankheitsbildes, an deren Folgen der Patient verstarb.

Der beschuldigte Arzt wurde vom Gericht aufgrund der Aussagen des als ärztlichem Sachverständigen gehörten Spezialisten für Tropenmedizin freigesprochen. Nach dessen Ansicht habe der Beschuldigte die ärztlichen Pflichten nicht vernachlässigt, da manchmal die Erreger der Malaria tropica in den ersten Tagen nicht zu fassen seien und es Dutzende von Krankheiten gäbe, die ganz ähnlich wie die Malaria tropica anfangen. Zudem hätte auch bei rechtzeitiger Diagnosestellung der tödliche Ausgang nicht mit Sicherheit abgewandt werden können.

Der Fall 12 zeigt, wie ein zunächst banal erscheinender Fall aufgrund mangelnder ärztlicher Erfahrung, zu geringen Vorstellungsvermögens und falscher Risikoabschätzung einen tödlichen Ausgang nahm: Erst vier Jahre nach dem Ereignis kam es zur Hauptverhandlung vor dem Schöffengericht. Dem angeschuldigten Assistenzarzt war ein 10jähriges Kind im Krankenhaus vorgestellt worden, das beim Spielen ein Plastikprojektil verschluckt hatte. Der Arzt veranlaßte eine Röntgenuntersuchung des Magen-Darm-Traktes und schickte das Kind nach Hause, da ihm auch die Atmung unauffällig erschien. Er gab noch den Rat zur erneuten ärztlichen Konsultation bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

Wegen Schmerzen beim tiefen Einatmen wurde am folgenden Tage der Hausarzt aufgesucht. Dieser verließ sich jedoch ausschließlich auf die Untersuchung des Krankenhausarztes vom Vortage und entließ das Kind ohne weitere Untersuchung ebenfalls nach Hause.

Zwei Tage darauf verstarb das Kind im Krankenhaus, kurz vorher war mit einem Bronchoskop das angegebene Plastikprojektil aus dem rechten Hauptbronchus entfernt worden. Die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen richteten sich allein gegen den erstuntersuchenden Assistenzarzt. Auf Empfehlung des mit der Prüfung des Falles beauftragten Rechtsmediziners wurde ein Fachgutachten eines Professors für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten beigeht mit der Fragestellung, ob ein eventueller Verstoß gegen die ärztliche Kunst vorliege, indem der beschuldigte Arzt keine bronchoskopische Untersuchung veranlaßt habe.

In diesem schriftlichen Gutachten wurde der Beschuldigte von diesem Vorwurf nicht "freigesprochen",

während in der Hauptverhandlung die mündlichen Aussagen des gleichen medizinischen Sachverständigen nicht eindeutig in der Beantwortung dieser Frage waren. Das Gericht wertete vor allem die geringe Erfahrung des Assistenzarztes zu dessen Gunsten und stellte unter Bußzahlung von 2 000 DM das Verfahren ein.

Bei Laien stoßen nicht selten die Gerichtsurteile in dargestellten oder ähnlichen Fällen auf Verständnislosigkeit, insbesondere bei Freispruch des angeklagten Arztes. Aus der "rückwärtigen" Blickrichtung wird vielfach angenommen, daß der Arzt zur Untersuchungszeit bereits die gleiche Klarheit über die Erkrankung habe besitzen müssen, wie diese später durch die Obduktion festgestellt wurde.

Neben den individuellen Eigenarten des Falles ist vor allem die allgemeine medizinische Erfahrung und das Leistungsvermögen eines "durchschnittlichen" Arztes für den ärztlichen Sachverständigen die Basis, auf die er seine Stellungnahme gründet. Auf die Aussage des ärztlichen Sachverständigen kann daher in Gerichtsverfahren, die mögliche strafbare Handlungen durch ärztliche Maßnahmen zum Gegenstand haben, nicht verzichtet werden. Dieser ist allein in der Lage, dem Gericht die zur Rechtsfindung notwendigen Informationen zu geben. Bereits die hier aufgeführten Fälle stellen dies unter Beweis, außerdem zeigen sie die Schwierigkeit des juristischen "Schuldnachweises" aufgrund von medizinischen Überlegungen.

Die Thematik hat auch vor allem durch eine allgemeinverständliche Buchveröffentlichung eines Chirurgen (HACKETHAL) in jüngster Zeit besondere Aktualität erfahren und soll hier kurz erörtert werden:

In einer ZDF-Sendung vom 6. 12. 1976 umriß der Jurist Prof. Dr. GIESEN in einem ausführlichen Interview die Sachlage folgendermaßen: "Stellungnahmen medizinischer Gutachter können problematisch sein, wenn der Gutachter seine Rolle im Prozeß mißversteht und sich schützend vor seinen beklagten Berufskollegen stellt, anstatt dem Gericht bei der Urteilsfindung zu helfen... Das zentrale Problem eines jeden Einzelfalls besteht darin zu ermessen, ob der Beschuldigte die gebotene Sorgfaltspflicht eingehalten hat oder nicht. Dies ist keine medizinische Fachfrage, sondern eine Rechtsfrage, die das Gericht zu entscheiden hat. Die Richter dürfen sich zwar nicht über anerkannte Maßstäbe und Erkenntnisse der Medizin hinwegsetzen, das bedeutet aber nicht, daß Gerichte jede gutachterliche Stellungnahme kritiklos übernehmen müßten, vor allem dann nicht, wenn das Gericht begründeten Verdacht hat, daß der Gutachter sich vor seinen Berufskollegen stellt, um ihn zu schützen... Das Gericht muß sich an die medizinischen Tatsachen halten, nicht aber an die persönlichen Schlußfolgerungen des Gutachters... Der Gutachter muß Gehilfe des Gerichtes bleiben, er darf nicht zum Herren des Prozesses aufsteigen..."

Ein anderes Hemmnis für eine gerechte Urteilsfindung sieht H. FRANZKI (Richter am Zivilgericht) darin, daß im herkömmlichen justizbürokratischen Verfahren der Richter nur selten persönlichen Kontakt zu den Sachverständigen aufnimmt. Er lasse sich in der Regel einen Gutachter vorschlagen und übersende ihm die Akten mit sehr allgemein gehaltener Beweisfrage, ohne schon vor der förmlichen Ernennung dessen Bereitschaft, Eignung, Kompetenz und Unabhängigkeit abgeklärt zu haben.

In den anderen 50 Fällen wurden aufgrund der gerichtlichen Obduktionsergebnisse bzw. medizinischer Gutachten die Verfahren durch staatsanwaltschaftliche Verfügungen

eingestellt, da sich keine beweiskräftigen Hinweise auf fremde Schuld am Todeseintritt der Verstorbenen boten.

Die Verfahrenseinstellung wurde auch immer dann verfügt, wenn der tödliche Ausgang der Erkrankung mit "an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit" auch bei sofortiger geeigneter Behandlung seitens des Arztes nicht hätte abgewandt werden können. Da derartig sichere Aussagen vom naturwissenschaftlichen Standpunkt nur in den wenigsten Fällen möglich sind, muß die strafrechtliche Verfolgung auch bei offensichtlich unzureichender Diagnostik und Therapie in den weitaus meisten Fällen ohne Konsequenzen bleiben. Da diese Fälle daher häufig schon im Vorfeld eingestellt werden, gelangen nur selten Informationen darüber an die Öffentlichkeit.

So entsteht bisweilen beim Nichtfachkundigen der falsche Eindruck, daß unglückliche Krankheitsverläufe gewolltermaßen 'vertuscht' und eine ausreichende Untersuchung des Falles nicht vorgenommen würde. Die beschriebenen Fälle zeigen, daß dies nicht zutrifft, sondern im Gegenteil häufig mit großem Aufwand und exakten Untersuchungstechniken der Problematik des Falles nachgegangen wird.

Zur schnelleren Klärung unglücklicher Krankheitsverläufe wegen angeblicher ärztlicher Fehlbehandlung hat sich nach Aussagen von SEWERING (1977) die im Rahmen der ärztlichen Standesorganisation neuere Einrichtung sogenannter Schlichtungsstellen in derzeit zehn Bundesländern sehr bewährt. Da dieser Berufsinstitution der Landesärztekammern neben dem straf- oder zivilprozeßualen Verfahren eine wichtige Kontrollfunktion über ärztliches Handeln zukommt, scheinen einige Ausführungen hierüber an dieser Stelle angezeigt.

Ziel der Tätigkeit der mit Ärzten und Juristen besetzten Schlichtungsstellen ist es, durch möglichst rasche und ein-

gehende Aufklärung des Sachverhalts in einem Gutachten einen sachverständigen Vorschlag zur Behebung der vornehmlich Haftpflicht-Streitigkeiten festzulegen. Hierdurch sollen Vorwürfe gegen ärztliche Handlungen schon im außerjuristischen Vorfeld auf freiwilliger Basis von Kläger und Beklagten abgeklärt und dadurch langwierige gerichtliche Auseinandersetzungen vermieden werden.

Die Gutachterkommission der Schlichtungsstelle Nordrhein, unter Vorsitz eines neutralen Richters, hat laut einer Notiz der Berliner Zeitung "Der Tagesspiegel" (4. 9. 77) seit Ende 1975 bereits 32 Patientenbeschwerden unter insgesamt 284 geklärten Fällen als "Kunstfehler" anerkannt, weitere 485 Anträge seien noch zu erledigen.

Die in der Öffentlichkeit vereinzelt lautgewordene Kritik an der Einrichtung der Schlichtungsstellen, nach der auch hier die Mehrzahl der Gutachterkommissionsmitglieder der Ärzteschaft angehörten, weist ein Jurist, POELLINGER (1976), zurück: Die ärztliche Berufsordnung verpflichtet den Arzt, bei der Ausstellung von Gutachten mit der notwendigen Sorgfalt vorzugehen und nach bestem Wissen und Gewissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen. Deutlicher könne man für das hier angesprochene Gebiet die Absage an eine falsch verstandene Kollegialität nicht ausdrücken, wie dies die Ärzte in ihrer Satzungsnorm zur Berufsausübung getan hätten.

Nach Darstellung der strafrechtlichen Konsequenzen vorliegender verkannter Notfälle sowie Anmerkungen über Schwierigkeiten und neue Wege in der Rechtsfindung, sollen die medizinischen Probleme erörtert werden, insbesondere im Hinblick auf präventive Möglichkeiten. Begründete Aussagen zu Fragen der Vermeidbarkeit von Diagnose- und Behandlungsfehlern sind bei den knappen Darlegungen über den Sachverhalt nur sehr begrenzt möglich. Immerhin sind einige Beobachtungen hervorzuheben.

So stellt sich in einigen Fällen berechtigterweise die Frage, ob die Untersuchung ausreichend war. Unter ambulanten Bedingungen wird man keine umfangreichen Diagnosemaßnahmen erwarten können. Es darf jedoch davon ausgegangen werden, daß die diagnostischen Möglichkeiten durch Auskultation und Perkussion zu nutzen sind. Dies ist bei den Fällen Nr. 6, 7, 8 und 9 offenkundig unterblieben und vorhandene Erkrankungen blieben unerkannt. Die möglichen therapeutischen Hilfen kamen daher nicht zur Anwendung, obwohl die jeweiligen Prognosen auch bei bester Therapie ungewiß geblieben wären.

Es sollte eine Selbstverständlichkeit sein, daß zu einer sorgfältigen ärztlichen Untersuchung die Auskultation von Herz und Lunge gehört. Um so unverständlicher erscheint das Verhalten eines Arztes (Fall 7), der zwar ausschließlich zu Blutentnahmen bestellt war und daher kein Stethoskop mit sich führte, aber innerhalb von fünf Stunden zweimal die Haftfähigkeit des gleichen Patienten ohne jene Untersuchungen feststellte. Wegen fehlenden Untersuchungsgerätes hätte dieser Arzt auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst verweisen müssen. Die vorgelegene Erkrankung des Patienten (Pneumonie) hätte sicherlich bei sachkundiger Auskultation und entsprechender Therapie einen anderen Verlauf zur Folge gehabt.

Das Risiko einer "Routineuntersuchung" (Fall 6, 8 und 9) bei Verzicht auf kardiale und pulmonale Auskultation ist nicht zu unterschätzen. Die schwerwiegenden, zum Tode führenden Erkrankungen (Aortenstenose, Pneumonien) hätten bei exakter Diagnostik sicherlich erkannt werden können. Es sollte daher auch bei Routineuntersuchungen und Verlaufskontrollen die Auskultation von Herz und Lunge als Basisuntersuchung unabdingbar sein, zumal es sich hierbei um keine aufwendigen und zeitraubenden Methoden handelt.

Das relativ niedrige Lebensalter von sechs der insgesamt sieben Koronarfälle zwischen 45 und 56 Jahren gibt zu der Frage Anlaß, ob eine Koronarerkrankung nicht in Betracht gezogen wurde und dadurch die Möglichkeit einer rechtzeitigen Diagnose mit bestmöglicher Therapie vergeben wurde.

Dabei bleibt jedoch zu berücksichtigen, daß bisweilen im Ruhe-EKG auch bei schwerer Koronarsklerose nur uncharakteristische Veränderungen anzutreffen sind (nach C.S.50) und selbst im Belastungs-EKG zeigen sich nicht selten falsch-negative Befunde (TAUCHERT und HILGER, 1976).

Zwar stellt sich die Frage, ob im Rahmen einer rechtsmedizinischen Arbeit neue Diagnosemöglichkeiten aufgeführt werden können, doch sei hier wegen der Bedeutung der Erkennung von Koronarerkrankung nicht unerwähnt gelassen, daß von TAUCHERT und HILGER (1976) eine weitere Diagnosemöglichkeit der Koronarinsuffizienz gefunden wurde, die ebenfalls in die ärztlichen Überlegungen einzubeziehen ist: Bei 10 Minuten dauernder, langsamer Injektion von 0,5 mg/kg Dipyridamol (Persantin®) treten bei 95 % der Patienten mit Koronarinsuffizienz pektanginöse Beschwerden auf, die nach intravenöser Gabe von 0,24 g Aminophyllin (Euphyllin®) wieder zum Abklingen gebracht werden. "Koronargesunde" zeigen dabei keine Reaktion. Eine gleichzeitige Ableitung eines Brustwand-EKG's erhöht die Treffsicherheit.

Es kann allerdings nicht erwartet werden, daß bei ärztlichen Hausbesuchen oder im Notfalldienst solche Untersuchungen durchgeführt werden, wie auch sonstigen umfangreichen diagnostischen Maßnahmen enge Grenzen gesetzt sind. Unter Klinikbedingungen ist jedoch bei Verdacht auf eine Koronarerkrankung diese diagnostische Möglichkeit, aber auch andere Untersuchungstechniken,

wie z.B. die Koronarangiographie, in Betracht zu ziehen.

Die Wichtigkeit einer präzisen Anamneseerhebung und Beurteilung für die korrekte Diagnosestellung des Arztes ist in fast allen Fachbüchern der inneren Medizin von deren Autoren hervorgehoben, wie bei HEGGLIN, HEILMEYER und SCHETTLER. Über die Qualität der Anamneseerhebung in dieser Untersuchung läßt sich verständlicherweise allein anhand von Angaben der Angehörigen nichts Konkretes ermitteln.

Der Fall 5 zeigt allerdings eine erhebliche Abweichung zwischen den anamnestischen Angaben des "starken Luftmangels" und der ärztlichen Angabe, daß die Patientin "nur wegen geringfügiger Krankheiten" bei ihm in Behandlung gestanden habe. Bei der Leichenöffnung wurde eine Koronaratheromatose mit hochgradigen Lichtungseinengungen von drei Hauptästen der Koronararterien sowie frische und ältere Schwielen als Hinweise auf frühere Myokardinfarkte festgestellt. In diesem Fall scheint das Symptom "starker Luftmangel" den untersuchenden Arzt nicht zu weitergreifender Herz- und Lungendiagnostik veranlaßt zu haben. Bei dem vorliegenden Ausmaß der Koronarin-suffizienz wären charakteristische EKG-Veränderungen zu erwarten gewesen. Aufgrund dieser Unterlassung ist dem behandelnden Arzt die Schwere der Erkrankung entgangen. Der plötzliche Tod seiner 45jährigen Patientin erschien ihm daher unverständlich.

HEINZ (1972) stellte in einer Untersuchung über die Häufigkeit von ärztlich erfaßten Krankheitssymptomen in der Vorgeschichte plötzlicher Herztodesfälle aus natürlicher Ursache fest, daß nur etwa jeder fünfte der Verstorbenen nie über besondere Beschwerden ge-

klagt hätte und ohne längere Prodromi verstorben sei. Er räumte dabei jedoch ein, daß sich auch in absehbarer Zeit ein gefährdeter Personenkreis nicht hinreichend klar definieren lasse.

Bei dem Fall 13 (Leberruptur, Trümmerbruch rechte Beckenhälfte) war die Inspektion des Kranken, der nach einem Verkehrsunfall (Frontalzusammenstoß) einer Krankenhausrettungsstelle zugeführt war, ganz unzureichend gewesen.

Der Vorfall ereignete sich am Vorweihnachtstag (24. Dezember). Dies ist bekanntlich ein Tag, der häufig für Pflegepersonal und diensthabende Ärzte in Krankenhäusern Anlaß zu kleinen Feiern ist, gelegentlich auch unter Vernachlässigung des Alkoholverbots. Es erscheint daher nicht völlig unverständlich, daß die Polizeibeamten bei einem der diensthabenden Ärzte Alkoholgeruch wahrnahmen. Nach Abtransport des Verletzten sollte bei diesem Arzt eine Blutprobe veranlaßt werden, was durch den herbeigerufenen Oberarzt verhindert wurde. Die Vermutung einer stärkergradigen Alkoholisierung konnte nicht geklärt werden.

Die Untersuchung dieser Ärzte ergab lediglich den Verdacht auf einen "Kollapszustand bei Alkoholkonsum und Rippenprellungen". Eine größere, klaffende Hautwunde auf dem Handrücken wurde nicht verbunden, "da diese von selbst heilt". Trotz schlechten Allgemeinzustands des Patienten wurde "Haftfähigkeit" bescheinigt.

Allein durch Inspektion diagnostizierte der später untersuchende Bereitschaftsarzt eine Absprengung des

Akromioklavikulargelenks bei möglichen Rippenfrakturen und veranlaßte wegen schweren Schockzustands sofortige Krankenhauseinlieferung.

Zweifellos haben die untersuchenden Ärzte der Krankenhaus-Rettungsstelle ihren unfallverletzten Patienten unzureichend untersucht. Eine sorgfältige Inspektion hätte die Schwere der Verletzung erkennen lassen, dies zeigt die spätere Diagnose des Bereitschaftsarztes. Ob die nachlässige Untersuchungsweise auch durch Alkoholgenuß des Arztes beeinflußt wurde, konnte nicht geklärt werden. Trotzdem kann dieser Vorfall alle medizinisch tätigen Personen mahnen, insbesondere diensthabende Ärzte einer Rettungsstelle, ihre Konzentrations- und Leistungsfähigkeit bei internen Feiern nicht durch Alkoholgenuß zu mindern.

Bei Patienten mit Trunkenheitssymptomatik ist die Verknennungsgefahr von intrakraniellen Blutungen (alle fünf Fälle der 5. Gruppe) besonders groß und schwerwiegend. Die Differentialdiagnose zwischen Alkoholrausch und posttraumatischer Bewußtseinsstörung bei intrakranieller Blutung fällt jedoch auch versierten Fachkundigen nicht leicht. Hierzu berichtet MAYER, daß sowohl beim Alkoholrausch als auch beim Schädelhirntrauma mannigfache zerebraloorganische und psychopathologische Symptome beobachtet werden. Diese seien abhängig von der Blutalkoholkonzentration sowie der Schwere und Art des Schädelhirntraumas.

MAYER hält als erste und wesentliche diagnostische Feststellung von Bedeutung, ob überhaupt und in welcher Ausprägung eine Bewußtseinsstörung vorliege. Die Erfassung einer schweren Bewußtseinsstörung mache im allgemeinen auch dem weniger Erfahrenen keine Schwierigkeiten.

Häufig verkannt und in ihrer Auswirkung nicht voll erkannt würden aber immer wieder die leichteren Grade einer Bewußtseinsstörung, die sowohl beim Alkoholrausch als auch beim Schädelhirntrauma vorkommen können. Bei differentialdiagnostischen Schwierigkeiten sei daher unbedingt zu empfehlen und zu fordern, daß rechtzeitig ein Neurologe oder ein Neurochirurg hinzugezogen oder die Einweisung in eine naheliegende Fachklinik vorgenommen werde. Dort könnten unter Zuhilfenahme von Elektro- und Echoencephalographie etwaige Verdachtsdiagnosen erhärtet und intrakranielle Blutungen durch die Karotisangiographie gesichert und in ihrer räumlichen Ausdehnung deutlich gemacht werden.

Ohne Zweifel hat seit einigen Jahren die Computertomographie eine entscheidende Verbesserung in der Diagnostik intrakranieller Blutungen gebracht. Für die gutachterliche Beurteilung muß aber auch hier trotz aller Möglichkeiten gelten, daß z.B. das akute subdurale Hämatom nach schweren Hirntraumen weiterhin mit einer beträchtlichen Operationsletalität behaftet ist. In einer Literaturzusammenstellung von FELL et al. (1975) liegt die Letalität immer noch bei 50 %.

KRAULAND (1963) vertritt die Ansicht, daß das epidurale Hämatom keineswegs die gute Prognose habe, wie man sie nach Operationsstatistiken annehmen könnte. Bei einer Rundfrage von WOJAHN in 18 Berliner Kliniken hatten von den 29 Fällen der Jahre 1956 und 1957, bei denen eine Trepanation vorgenommen wurde, lediglich 9 Personen überlebt, was einer Operationsletalität von 69 % gleichkomme. KRAULAND weist außerdem auf die Wichtigkeit der rechtzeitigen Diagnosestellung hin: Wenn die Ausnüchterung von alkoholisierten Personen mit Kopfverletzungen abgewartet werde, sei es oft für die Behandlung des epiduralen Hämatoms zu spät.

WEIDENBACH hat sich 1969 zur Prognose des epiduralen Hämatoms geäußert. Er fand, daß bei frühzeitiger Diagnose mit einer Operationsletalität von 35 % zu rechnen ist.

Da die Abwendung des tödlichen Ausgangs einer intrakraniellen Blutung trotz bislang nicht ganz befriedigender Operationsergebnisse besonders bei frühzeitiger Diagnose möglich ist, wird häufig zu ihrer Erkennung auch die Mithilfe von sorgeverpflichteten Personen, wie Polizeibeamten, Feuerwehreuten und Fürsorgern, nötig. Wie der Liste der Fälle mit intrakraniellen Blutungen als Todesursache zu entnehmen ist (Seite 25), war von den zunächst tätigen Helfern an die Möglichkeit einer Trunkenheit gedacht und lediglich die "Ausnüchterung" als naheliegende Maßnahme angesehen worden.

In vier der aufgeführten fünf Fälle zeigten sich äußerlich sichtbare oder tastbare Verletzungen, wie zweimal blutunterlaufene Schürfwunden und zweimal Schädelbrüche, die jedoch unerkant blieben. Es sollte deshalb im Ausbildungsgang der Polizei, der Feuerwehr und der sozialen Dienste im weitesten Sinne darauf geachtet werden, daß sich im Unterricht über Fragen der Trunkenheit immer auch die entsprechenden Hinweise auf andere oder zusätzliche Störungen bei dem Betroffenen zu bedenken sind.

Seit Einführung enzymatischer Teststreifen zur Bestimmung des Blutzuckerwertes (z.B. Dextrostix[®], Glukostix[®], Hämoglukotest[®]) ist dem Arzt ein einfaches, rasches und preisgünstiges Verfahren zur Abklärung von praekomatösen und komatösen Zuständen gegeben. Die Anwendung dieser Diagnosemöglichkeit wird jedoch nicht immer vom Arzt in Betracht gezogen, wie die Fälle 16 und 17 zeigen.

Im Fall 16 hatte sich die untersuchende Hausärztin von der Bemerkung des Patienten leiten lassen, er habe seit Monaten viele Überstunden gemacht. Unwohlsein, Übelkeit, Schmerzen am ganzen Körper sowie nächtliches Erbrechen wurden bagatellisiert und auf einen leichten "Nervenzusammenbruch" bezogen. Die zugrundeliegende diabetische Stoffwechselstörung wurde nicht erkannt.

Wegen Zustandsverschlechterung mit häufigem Erbrechen wurde ein Notfallarzt gerufen. Dieser verzichtete auf eigene Diagnostik und hielt sich an die Diagnose der Hausärztin, daher injizierte er Psychopharmaka. Der Patient verstarb in der folgenden Nacht. An dem bei der Obduktion entnommenen Leichenurin war ein Harnzuckerwert von über 2 % (= vierfach positiver Glukotest) festzustellen, so daß als Todesursache ein diabetisches Koma in Betracht kam. Außerdem lag noch eine eitrige Bronchitis vor, die ebenfalls nicht festgestellt worden war. Nach SCHETTLER sind meist Infekte auslösend für ein diabetisches Koma.

Im Fall 19, bei dem in der Vorgeschichte lediglich starke Halsschmerzen angegeben wurden, stellte sich bei der Obduktion ein frisches Glottisödem mit Abszedierung als Todesursache heraus.

FELDMANN weist in seinem Buch "HNO-Notfälle" auf die Diagnosestellung des Glottisödems mit Abszedierung durch bakterielle Infektion hin. Typische Vorgeschichte sei ein stechender Schmerz im Hals und laryngoskopisch ein Schleimhautödem an der Epiglottis und an den aryepiglottischen Falten. Therapeutisch empfiehlt der gleiche Autor Injektionen von 50 mg Decortin®

und Calcium intravenös, bei bakteriologischer Ätiologie außerdem Antibiotika und in allen Fällen möglichst eine "Eiskrawatte". Eine Tracheotomie lasse sich in den meisten Fällen vermeiden, eine Beobachtung des Patienten für einige Stunden sei erforderlich.

Im vorliegenden Falle hatte der Betriebsarzt seinen Patienten ohne weitere Untersuchung zum Auskurieren der starken Halsschmerzen nach Hause entlassen. Man kann hier erwägen, ob heute in einer betriebsärztlichen Praxisausstattung ein Kehlkopfspiegel als vorhandenes Untersuchungsgerät erwartet werden darf und ob bei Halssymptomen generell eine Kehlkopfspiegelung in die ärztliche Routineuntersuchung einzubeziehen ist, um in den seltenen Fällen jener Erkrankung einer hochgradigen Erstikungsgefahr vorzubeugen.

Im vorliegenden Fall hätte eine gründliche Untersuchung des Halses gezeigt, daß es sich hier nicht um einen "banalen Halsschmerz" handelte, sondern daß ein hochentzündliches Geschehen vorlag und sofor-
tige intensive Behandlung notwendig war.

Bereits in der Einleitung wurden einige Veröffentlichungen zum plötzlichen Tod im Säuglings- und Kleinkindesalter aufgeführt. Hierbei handelt es sich um ein weltweites Problem. Für die Bundesrepublik Deutschland nahm SCHMIDT (1971) zwischen 2 000 und 4 000 solcher Todesfälle pro Jahr an. Dieses Phänomen war schon immer Anlaß zu intensiver Forschung. Allein in den beiden letzten Jahrzehnten gab es Mitteilungen hierüber von MASSHOFF (1957), VOIGT (1958), SPANN (1959), SCHOPPE (1960), MÜLLER (1963), MAHNKE (1965), HILDEBRAND (1966), G. SCHMIDT (1971) und ALTHOFF (1973).

ALTHOFF bemerkt hierzu treffend, daß Arzt und Eltern, die mit diesen Todesfällen konfrontiert werden, in jener Situation ratlos seien, weil sie das plötzliche und unerwartete Sterben des Kindes nicht erklären könnten. Trotz der zahlreichen Untersuchungen, Erklärungen und Spekulationen sei eine befriedigende pathomorphologische oder patho-physiologische Deutung der Todesursache bislang nicht zufriedenstellend gelungen. Bei der heute noch bestehenden Unklarheit über den ursächlichen Krankheitsmechanismus wäre es daher vermessen, aus der für weiterführende Ergebnisse zu geringen Anzahl der vorliegenden fünfzehn Fälle neuere Erkenntnisse ableiten zu wollen.

Zwei Fälle der Gruppe "Plötzlicher Tod im Säuglings- und Kleinkindesalter" (Sekt. Nr. L 13/70 und L 484/74) wiesen indessen bei der Leichenöffnung im Gegensatz zum oben aufgeführten phänomenologischen Säuglings- und Kleinkindestod erklärbare Todesursachen auf: ein Invaginationsileus und eine eitrige Bronchopneumonie in sämtlichen Lungenabschnitten. Es kann hier lediglich die Frage gestellt werden, ob bei der ärztlichen Untersuchung diese Erkrankungen so diskret waren, daß sie nicht zu diagnostizieren waren. Bei dem Ausmaß der erwähnten Pneumonie ist dies nach allgemeiner Erfahrung auszuschließen.

In einem Drittel der beschriebenen Fälle von Säuglings- und Kleinkindestod war ein Pädiater um Hilfe gebeten worden, in den übrigen Fällen Haus-, Bereitschafts- oder Krankenhausärzte. In differentialdiagnostisch schwierigen Fällen ist unbestreitbar, daß ein Facharzt für Kinderkrankheiten für optimale Hilfeleistung am geeignetsten ist und notwendige Therapiemaßnahmen am besten vornehmen kann. Im Wissen um die Schwierigkeiten eines nicht pädiatrisch besonders ausgebildeten Arztes im Notfalldienst bei Kindeserkrankungen,

gab die Kassenärztliche Vereinigung Berlin nach mündlicher Mitteilung von KRAPP (1976) ihren Bereitschaftsärzten die Empfehlung, bei allen unklaren Krankheitsbildern von Säuglingen und Kleinkindern einen Pädiater beratend hinzuzuziehen.

In 13 Fällen dieser Untersuchung = 25,5 % wurden Bereitschaftsärzte zur Hilfeleistung gerufen, davon 3 Fälle von plötzlichem Tod im Säuglingsalter; in 10 Fällen trat der Tod innerhalb der folgenden 24 Stunden ein.

Wie schon kurz erwähnt, können die diagnostischen Möglichkeiten eines Bereitschaftsarztes naturgemäß nicht so umfangreich wie in einer Arztpraxis oder im Krankenhaus sein. Bei der Beurteilung ärztlicher Leistungen im Notfalldienst sollte folglich von anderen Voraussetzungen ausgegangen sein. Außerdem wird der Bereitschaftsarzt in der Regel zu ihm völlig fremden Menschen bei plötzlicher, erheblicher Verschlechterung des Gesundheitszustandes gerufen, wobei die Anamnese häufig nur mangelhaft zu erheben ist oder gelegentlich darauf verzichtet werden muß.

Weiter ist zu vermerken, daß eine standardisierte Notfallarzt-Ausrüstung in West-Berlin nach Mitteilung von KNOLLE (Kassenärztliche Vereinigung Berlin) nicht vorhanden ist und es jedem Arzt selbst überlassen bleibt, das seines Erachtens Notwendige mitzuführen. Untersuchungen über die Qualität des ärztlichen Notfalldienstes seien bislang in diesem kassenärztlichen Bereich nicht erstellt worden.

TILLER (1972) beschreibt 25 Todesfälle, die ausschließlich nach Untersuchung durch Ärzte des Berliner Notfalldienstes auftraten. Er fand, daß die

Diagnosen und Behandlungen der Bereitschaftsärzte seiner ausgewerteten Fälle als falsch bzw. ungenügend zu werten waren. Dabei habe sich nicht feststellen lassen, ob zum Untersuchungszeitpunkt und unter den Bedingungen des ärztlichen Notfalldienstes die Möglichkeit bestand, die richtige Diagnose zu stellen und wirkungsvolle Maßnahmen zur Abwendung des tödlichen Ausgangs einzuleiten.

In einigen der hier vorliegenden Fälle scheint die richtige Diagnosestellung des Bereitschaftsarztes trotz der erschwerten Untersuchungsbedingungen im Rahmen seiner Möglichkeiten gelegen zu haben. Es wurde bereits der Fall 16 (Diabetisches Koma) diskutiert, bei dem die Symptome der Stoffwechselstörung zunächst von der Hausärztin und später vom Notfallarzt erkannt wurden. Die Anwendung von Teststreifen zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels, die sicherlich auch im Notfalldienst möglich ist, hätte die Ursache der Erkrankung erkennen lassen.

Die Unterlassung einer der einfachsten Untersuchungstechniken, der Palpation, läßt der Fall 20 erkennen: Der herbeigerufene Bereitschaftsarzt hielt es trotz der Symptome "geschwollene Zunge und Verweigerung fester Speisen" nicht für angezeigt, eine Inspektion der Mundhöhle und eine Palpation des Halses vorzunehmen. Möglicherweise schreckte ihn der ziemlich verwahrloste Allgemeinzustand des Patienten (u.a. Kopflausbefall) davon ab. Als Todesursache ergab sich ein hühnereigroßer Nackenfurunkel mit Zerfallshöhle, der wegen seines Ausmaßes mit Sicherheit palpabel war und bei rechtzeitiger Diagnose und entsprechender Therapie eine günstige Prognose gehabt hätte.

Für jeden Arzt steht bei der Beurteilung eines stark alkoholisierten Patienten immer das Risiko der Verkenntung eines möglichen Schädelhirntraumas und/oder einer Alkoholvergiftung zur Diskussion, die im Fall 23 nicht angenommen wurde.

Zwar wird im rechtsmedizinischen Unterricht die Alkoholwirkung für gutachtliche Beurteilung eingehend besprochen, doch muß die Alkoholvergiftung im klinischen Unterricht als therapeutische Aufgabe im Rahmen des Notfallgeschehens häufig aus Zeitmangel unerwähnt bleiben. Daher erscheint es gerechtfertigt, hier kurz die Stadien der Alkoholbeeinflussung zu skizzieren, wie sie von STARKENSTEIN (1938) beschrieben wurden und ihnen nach KEILBACH (1966) noch immer Gültigkeit für ärztliches Handeln zugesprochen wird:

Demnach zeigt der Alkoholisierte im ersten Stadium gesteigerten Sprechdrang und Bewegungsantrieb, das Selbstbewußtsein ist erhöht; ferner findet sich eine mäßige Pupillenerweiterung und leichte Steigerung der Herzfrequenz. Das zweite oder hypnotisch genannte Stadium wird charakterisiert durch allgemeine Depressionen, Müdigkeit und Schlaf, abgeschwächte Reflexe sowie Drehschwindel, Gleichgewichtsstörungen und normalweite Pupillen bei unwillkürlichen Augenbewegungen. Im dritten oder narkotischen Stadium sind die Hauptkennzeichen ein unterschiedlich tiefes Koma mit oberflächlicher Atmung und zyanotischer Gesichtsfarbe; dabei sind die Pupillen maximal verengt und der Kornealreflex ist meistens aufgehoben. Beim vierten oder asphyktischen Stadium geht die oberflächliche Atmung in eine Atmung vom Cheyne-Stokes-Typ über, worunter eine periodische Zunahme und Abnahme von Atemtiefe und -frequenz mit abschließender apnoischer Pause verstanden wird.

Nach dieser STARKENSTEIN'schen Einteilung wird Lebensgefahr in den Stadien 3 und 4 in Betracht gezogen. Mag in der Praxis die Symptomatik nicht streng schematisch entsprechend dieser Einteilung ablaufen, so hätte im Fall 23 der Bereitschaftsarzt durchaus bei

dem "in tiefer Bewußtlosigkeit schnarchenden Patienten" an einen lebensbedrohlichen Zustand denken und eine klinische Notfallaufnahme veranlassen können.

GEIPEL weist in seinem Beitrag über die psychologischen Hintergründe bei der Verkennung von Trunkenheit auch auf eine Grundeinstellung der Gesellschaft gegen Betrunkene hin, die möglicherweise schon von vornherein als deklassierte Persönlichkeit betrachtet werden und die man möglichst schnell wieder "lossein" möchte. Dies darf jedoch nicht für den untersuchenden Arzt gelten, von dessen richtiger Untersuchungsweise und Diagnose im Einzelfall das Schicksal des Patienten abhängen kann.

Weiterhin erscheint die Diagnose eines Strangulationsileus infolge beidseitiger Schenkelhernie (Sekt. Nr. L 389/71), eine Darmlähmung bei Dünndarmverschlingung (Sekt. Nr. L 570/75) sowie eine Peritonitis mit übermannsfaustgroßem Bauchtumor (Sekt. Nr. L 81/75) bei gründlicher Untersuchung (Palpation, Auskultation) auch im Rahmen des ärztlichen Notfalldienstes nicht unmöglich, jedoch ex post ohne nähere Angaben nicht hinreichend beurteilbar.

Die Symptomatik der anderen Erkrankungen, die von Bereitschaftsärzten nicht erkannt wurden (Mitralklappenentzündung, Endokarditis und zentrale Hirnblutung) kann nach allgemeiner Erfahrung so wenig ausgeprägt oder fehlinterpretierbar sein, daß diese für den Untersucher auch bei größter Sorgfalt kaum Anhaltspunkte zu richtiger Diagnosestellung liefern.

Abschließend soll noch auf den berufsrechtlichen Aspekt der ärztlichen Sorgfaltspflicht eingegangen werden. Vom Arzt verlangt diese ein Verhalten, die den Patienten nicht oder zumindest nicht mehr als nach den unvermeidbaren Umständen schädigt. Hierbei ist der Begriff der Fahrlässigkeit, der im Abschnitt "Rechtliche Grundlagen" (Seite 10) näher erläutert wurde, von Bedeutung. Nach SPANN ist die Fahrlässigkeit stets eine Unterlassung einer Gefährdungsvermeidung, die in einem Tun oder Nicht-tun bestehen könne. Für schuldhaftes Verhalten müsse der Arzt jedoch wissen oder wissen können, daß er die pflichtmäßige Sorgfalt außer acht läßt.

Im Fall 8, in dem der Arzt die inzwischen unsterile Injektionsnadel vom vergangenen Behandlungstag nochmals benutzte, kann zweifellos eine Verletzung der Sorgfaltspflicht angenommen werden.

Im Fall 1 war ein handgeschriebenes Rezept einer Kinderärztin für den Apotheker nicht lesbar. Ob hier von einer unbewußten Fahrlässigkeit gesprochen werden kann, wobei der Arzt die Möglichkeit der schädlichen Folge nicht vorhersah, ist nicht auszuschließen und müßte im Einzelfall gerichtlicherseits untersucht werden. Unleserliche Rezepte werden nicht selten von Apothekern beklagt. Dies könnte zu der Überlegung Anlaß geben, ob nicht für alle Rezeptausstellungen in Arztpraxen generell Maschinenschrift zur Vermeidung von Irrtümern und Komplikationen bei der Medikamentenaushändigung zu fordern ist. Im ärztlichen Notfalldienst könnte entsprechend eine deutliche Blockschrift den gleichen Nutzen haben.

Auch bei der Wahl der Behandlungsmethode besteht nach SPANN eine Sorgfaltspflicht, indem der Arzt nach

höchstrichterlicher Rechtsprechung grundsätzlich zur Anwendung des Verfahrens verpflichtet sei, das den besseren und sicheren Erfolg verspreche. Handele der Arzt anders, müsse er dafür sachliche Gründe anführen.

Aus internistischer Sicht stellt sich im Fall 4 die Frage nach der richtigen Behandlungsmethode. Der Bereitschaftsarzt hatte einen stenokardischen Anfall der Patientin diagnostiziert und das Medikament Buscopan® injiziert. Hierbei handelt es sich um ein Atropinderivat, das nach KUSCHINSKI und LÜLLMANN auf das Herz-Kreislaufsystem durch Ausschaltung des Herzvagus mit Steigerung der Herzfrequenz wirke. Die früher angenommene Koronarerweiterung wäre in Fällen der Koronarsklerose wegen der starken Herzbelastung nicht ausnutzbar,

Daher ist es nicht verwunderlich, daß in diesem Fall die Patientin nach der Injektion weiterhin unter Schmerzen in der Brust litt, die zur Krankenhauseinweisung veranlaßten. Bei Einlieferung wurde dort nur noch der bereits eingetretene Tod festgestellt.

SCHETTLER weist bei der Therapie des stenokardischen Anfalls auf die sofortige und gute Wirksamkeit durch Nitrite hin, sofern nicht ein akuter Koronarverschluß vorliege. In diesem Fall wäre Nitroglycerin in perlingualer Applikation (z.B. Nitrolingual®) als Therapie der ersten Wahl anzusehen gewesen. Trotzdem läßt der schnelle letale Verlauf es sehr zweifelhaft erscheinen, ob bei unverzüglicher entsprechender Behandlung der Tod abwendbar gewesen wäre.

VI. ZUSAMMENFASSUNG

Die Arbeit befaßt sich mit Problemen verkannter Notfälle. Unter insgesamt 3 617 gerichtlichen Leichenöffnungen am Institut für Rechtsmedizin der Freien Universität Berlin der Jahre 1970 bis 1975 waren 52 Fälle festzustellen, bei denen die lebensbedrohliche Situation der Patienten in 48 Fällen von Ärzten sowie in vier Fällen durch sorgeverpflichtete Personen nicht erkannt wurde und der Tod innerhalb von drei Tagen eingetreten war.

Die 52 Fälle wurden nach dem Obduktionsergebnis in neun Gruppen aufgeteilt: Plötzlicher Tod im Säuglings- und Kleinkindesalter 15 Fälle, Herzerkrankungen 42 Fälle, Lungenerkrankungen 6 Fälle, Abdominalerkrankungen 5 Fälle, Intrakranielle Blutungen 5 Fälle, Stoffwechselstörungen 2 Fälle, HNO-Erkrankungen 2 Fälle, Infektionskrankheiten 2 Fälle sowie 3 Fälle verschiedener Erkrankungen. Die Einzelheiten zu den Fällen waren einerseits den Ermittlungsakten der Staatsanwaltschaft, andererseits den Ergebnissen der gerichtsmedizinischen Obduktionen entnommen worden.

Die Auswertung der strafrechtlichen Konsequenzen ergab, daß bei verkannten Notfällen sehr selten ein eindeutiger Schuldnachweis gegen den Arzt zu führen war und dieser in der großen Mehrzahl der Fälle entlastet wurde. Der Grund hierfür liegt in der Kausalitätstheorie des Strafrechts. Es bedarf des sicheren Nachweises, ob im fraglichen Fall der tödliche Ausgang bei rechtzeitiger Diagnose und geeigneter Therapie abwendbar gewesen wäre, um strafrechtliches Verschulden annehmen zu können. Dieser Nachweis war in 50 der beschriebenen Fälle nicht erbracht worden, so daß die Verfahren vor Anklageerhebung eingestellt wurden. Zwei Fälle gelangten zur Hauptverhandlung, dabei kam es einmal zum Freispruch des beschuldigten Arztes aufgrund der Aussagen des medizinischen Sachverständigen und im an-

deren Fall zur Verfahrenseinstellung nach Zahlung einer Buße wegen geringer Schuld des angeklagten Arztes.

Die kritische medizinische Auswertung von Aussagen medizinischer Laien, die von Nichtfachkundigen in den Ermittlungsakten niedergelegt waren, zeigte Schwierigkeiten und Grenzen. Immerhin konnten einige Beobachtungen als Hinweise auf mögliche präventive Maßnahmen dienen.

Es wurde unterschieden zwischen Diagnosefehlern bei Untersuchungen in Arztpraxen oder im Krankenhaus, plötzlichem Tod im Säuglings- und Kleinkindesalter sowie Diagnose- und Therapiefehlern im ärztlichen Notfalldienst. Zu den plötzlichen Todesfällen im Säuglings- und Kleinkindesalter waren erwartungsgemäß keine neuen Erkenntnisse zu gewinnen. Es konnte nur auf die umfangreiche Literatur verwiesen werden, die sich mit dieser bislang nicht befriedigend gelösten Problematik befaßt.

Die fehlerhaften Diagnosen der Haus- bzw. Krankenhausärzte unterschieden sich ursächlich nicht wesentlich von denen der Bereitschaftsärzte. Es zeigte sich, daß in einer Reihe von Fällen durch Unterlassung der Anwendung einfachster Untersuchungstechniken wie Auskultation, Palpation, korrekter Inspektion oder Teststreifenbenutzung zur Blutzuckerbestimmung einige zum Tode führende Erkrankungen nicht erkannt wurden. Mögliche therapeutische Hilfen kamen daher nicht zur Anwendung, ohne daß jedoch im Einzelfall gesagt werden konnte, ob der tödliche Ausgang mit Sicherheit abwendbar gewesen wäre.

Daraus kann gefolgert werden, daß durch betonte Aufmerksamkeit bei Untersuchungen sowie gerade auch durch Benutzung einfacher Untersuchungsmethoden schwerwiegende Fehler beseitigt und Fehlerquellen ausgeschaltet werden können.

VII. LITERATURANGABEN

- ALTHOFF, H. Der plötzliche und unerwartete Tod von Säuglingen und Kleinkindern. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1973.
- BERG, S. Rechtsmedizin. Verlag von Rudolf Müller & Steinicke, München, 1973.
- DE RUDDER, B. Kinderärztliche Notfallfibel - Abwehr akuter Lebensbedrohung. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1962.
- DOTZAUER, G. und J. HIRSCHMANN Fehldiagnose Trunkenheit. F.K. Schattauer-Verlag, Stuttgart - New York, 1968.
- DREHER, E. Strafgesetzbuch mit Nebentexten und Verordnungen. C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München, 1975.
- FELDMANN, H. HNO-Notfälle. Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York, 1974.
- FELL, D.A., S. FITZGERALD, R.H. MOIEL und D. CARAM Acute subdural hematomas: review of 144 cases. J. Neurosurg. 42, 37 - 42 (1975).
- FRANZKI, H. Waffengleichheit im Arzthaftungsprozeß. NJW 49, 2225 - 2229 (1975).
- GEIPEL, A. in DOTZAUER, G. und J. HIRSCHMANN Fehldiagnose Trunkenheit. F.K. Schattauer-Verlag, Stuttgart - New York, 1968.
- GIESEN, D. in ZDF-Sendung: "Wie hätten Sie entschieden?" vom 6. 12. 1976. Moderation: Gerd Jauch
- HACKETHAL, J. Auf Messers Schneide. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg, 1976.
- HEGGLIN, R. Differentialdiagnose innerer Krankheiten. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1966.

- HEILMEYER, L. Lehrbuch der inneren Medizin.
Springer-Verlag Berlin - Göttingen -
Heidelberg, 1955.
- HEINZ, A. Über die Häufigkeit von ärztlich er-
faßten Krankheitssymptomen in der Vor-
geschichte plötzlicher Herztodesfälle
aus natürlicher Ursache.
Med. Diss. Freie Universität Berlin,
1972.
- HILDEBRAND, H. E. Plötzlicher Tod im Kleinkindesalter.
Med. Klin. 61, 196 (1966).
- KEILBACH, H. Über die tödliche akute Alkoholver-
giftung bei chronischen Organschäden.
Med. Diss. Freie Universität Berlin,
1966.
- KNOLLE, W. In: 17. Sitzung der Delegiertenver-
sammlung.
Die Berliner Ärztekammer 14, 410 (1977).
- KOLLER, F. und
G.A. NAGEL Internistische Notfallsituationen.
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1974.
- KRAPF, W. Mündliche Mitteilungen. (1976)
- KRAULAND, W. Traumatische intrakranielle Blutungen
aus pathologischer Sicht.
H. Unfallheilkunde 78, 213 - 217 (1964).
- KUSCHINSKI, G. und
H. LÜLLMANN Pharmakologie
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1974.
- MASSHOFF, W. Plötzlicher Tod bei Säugling und Kind.
In: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin
von A. PONSOLD.
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1957.
- MAHNKE, P. F. Bakteriologische Befunde beim plötzli-
chen unerwarteten Kindstod.
Dt Zs Ger Med. 56, 167 - 171 (1965).
- MAYER, Kl. in
DOTZAUER, G. und
J. HIRSCHMANN Fehldiagnose Trunkenheit.
F.K. Schattauer-Verlag, Stuttgart -
New York, 1968.
- MEITZNER, R. Arzt und Medizin im Berliner Strafvoll-
zug.
Die Berliner Ärztekammer 12, 301 - 308
(1975).

- MUELLER, B. Unterlassene Hilfeleistung im ärztlichen Beruf.
Med. Welt, N.F. 19, 2069 - 2073 (1968).
- MÜLLER, G. Der plötzliche Kindstod.
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1963.
- PETTERS, W. Praktische Strafprozeßfälle mit Lösungen.
Verlag Schweitzer, Berlin, 1968.
- POELLINGER, F.M. "Schlichtungsstelle" für Kunstfehler-Streitigkeiten.
Fortschr. Med. 94, 599 - 600 (1976).
- SCHEFFLER, H. Kleiner Strafrechtslehrgang für Polizeibeamte.
Teil III und IV.
Verlag für polizeiliches Fachschrifttum, Lübeck, 1974.
- SCHETTLER, G. Innere Medizin, Band I.
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1972.
- SCHMIDT, G. Der plötzliche Kindestod in Westdeutschland.
Studium Generale 24, 1144 (1971).
- SCHÖNKE-SCHRÖDER Strafgesetzbuch-Kommentar.
C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München, 1974.
- SCHOPPE, D. Der plötzliche Tod aus natürlicher Ursache im Säuglings- und Kindesalter.
Diss. Universität Bonn, 1960.
- SCHWERD, W. Kurzgefaßtes Lehrbuch der Rechtsmedizin für Mediziner und Juristen.
Deutscher Ärzte Verlag, Köln-Lövenich, 1976.
- SEWERING, H. J. in ZDF-Sendung: "Gesundheitsmagazin - Praxis" vom 5. 9. 1977.
Moderation: Hans Mohl.
- SO, C.S., Praktische Elektrokardiographie.
Selecta Verlag, Planegg vor München, 1974.
- SPANN, W. Ärztliche Rechts- und Standeskunde.
J. F. Lehmanns Verlag, München, 1962.

- SPANN, W. Der plötzliche Tod aus natürlicher Ursache im Säuglings- und Kleinkindesalter.
Münch. med. Wschr. 101, 929 (1959).
- STARKENSTEIN, E. Lehrbuch der Pharmakologie und Arzneiverordnung.
Deuticke-Verlag, Leipzig - Wien, 1938.
- STREICHER, H. J. u. J. ROLLE Der Notfall: Bewußtlosigkeit.
III. Wuppertaler Notfall-Symposion, 1972.
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1974.
- TAUCHERT, M. und H. HILGER Test zur Diagnose der Koronarinsuffizienz
Med. Klin. 14, 579 (1976).
- TILLER, R.-E. Der Ärztliche Notfalldienst.
Med. Diss. Freie Universität Berlin, 1972.
- VOIGT, J. und T. JACOBSEN Sudden and unexpected infant death.
II. Result of medico legal autopsies of 356 infants aged 0 - 2 years.
Ref. in Dt Zs Ger Med 47, 93 (1958).
- WEIDENBACH, W., F. SCHMIDBERGER, G. WEISS und B. LEX Schwere Schädel-Hirn-Traumen.
Fortschr. Med. 87, 673 - 676 (1969).
- WOJAHN, H. Über die Letalität des epiduralen Hämatoms.
Mschr. Unfallheilkunde 67, 150 - 163 (1964).

Herrn Prof. Dr. med. Friedrich Bschor gebührt für die Überlassung des Themas und die vielseitige Förderung und Beratung bei der Anfertigung dieser Dissertation mein besonderer Dank.

Herrn Prof. Dr. med. Walter Krauland danke ich für die Erlaubnis zur Benutzung von Einrichtungen und Protokollen des Institutes für Rechtsmedizin der Freien Universität Berlin.

Dem Herrn Oberstaatsanwalt des Landgerichts Berlin sei für die Möglichkeit der Einsichtnahme in die Ermittlungsakten gedankt.

Für wertvolle Literaturhinweise und freundliche Beratung möchte ich Herrn Dr. med. Hansjürgen Bratzke herzlichen Dank aussprechen.

Weiterhin bedanke ich mich bei Herrn Assessor Krapf von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, der mir durch Auskünfte über den ärztlichen Notfalldienst und die ärztliche Behandlungspflicht sehr geholfen hat.

Außerdem sage ich den Mitarbeiterinnen des Instituts für Rechtsmedizin, Frau Nussinski, Frau Schmidt und Frau Reich, meinen Dank für die Beschaffung einiger schwer zugänglicher Literaturquellen.

Schließlich danke ich Frau Bärbel Kesternich, die sich in anerkennenswerter Weise um die äußere Form der Arbeit bemüht hat.

Lebenslauf

Am 20. Oktober 1945 wurde ich als Sohn des Kaufmanns Antonius Koeller und seiner Ehefrau Maria geborene Mönnig in Rietberg/Westfalen geboren.

Die Volksschule besuchte ich von 1952 bis 1957 in Rietberg, anschließend die Städt. Gymnasien in Rietberg und Lippstadt mit dem Abschluß der Mittleren Reife im Jahre 1965.

Danach absolvierte ich ein zweijähriges, gelenktes Maschinenbau-Praktikum bei den Mielewerken in Gütersloh/Westfalen und konnte damit ab Oktober 1967 das Westfalenkolleg in Paderborn besuchen, einem Institut zur Erlangung der Hochschulreife im Rahmen des zweiten Bildungsweges. Im Januar 1970 legte ich dort die Reifeprüfung ab.

Im Sommersemester 1970 und im Wintersemester 1970/71 studierte ich Pädagogik und Psychologie an der Pädagogischen Hochschule in Paderborn. Danach begann ich das Medizin-Studium an der Universität zu Köln, wo ich im März 1972 das Vorphysikum ablegte. Zum Wintersemester 1972/73 wechselte ich zur Freien Universität über. Dort bestand ich das Physikum im September 1973 und führte an der gleichen Universität den klinischen Teil des Studiums fort.

Das Staatsexamen bestand ich am 23. Februar 1977. Seit Mai 1977 bin ich als Medizinalassistent am Institut für Rechtsmedizin der Freien Universität Berlin tätig.

